

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:

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

Artikel 1

Änderungen der Vordruckvereinbarung

1. Die Nummern 2.1 bis 2.1.4 ändern sich zum 01.01.2021 wie folgt:

„2.1 Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Stand: 01.2021)

2.1.1 Für die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit ist neben den Vereinbarungen gem. Anlage 2b BMV-Ä das anliegende Muster 1 zu verwenden.

2.1.2 Die für die Krankenkasse bestimmten Daten der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung werden ab dem 01.01.2021 digital übermittelt. Das Weitere zur digitalen Übermittlung regelt die Anlage 2b. Die Papierversion der Ausfertigungen für die Krankenkasse und den Arzt entfällt.

Die Papierversion des Musters 1 besteht aus einem zweiteiligen Formularsatz mit Kopfleimung aus selbstdurchschreibendem Papier:

Muster 1a: Ausfertigung für Versicherte

Muster 1b: Ausfertigung für den Arbeitgeber

2.1.3 Für den Flächendruck des Muster 1a ist gelbe Farbe zu verwenden. Muster 1b ist auf gelbem Papier herzustellen. Das Muster 1a erhält das Format DIN A5 hoch, das Muster 1b erhält das Format DIN A 6 quer.

2.1.4 unbesetzt“

2. Die Nummern 2.1 und 2.1.1 werden zum 01.01.2022 wie folgt neu gefasst:

„2.1 Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Stand: 01.2022)

2.1.1 Die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit erfolgt gem. Anlage 2b BMV-Ä auf Grundlage des bisher gültigen Musters 1.“

3. Die Nummer 2.4 ändert sich wie folgt:

„Muster 4: Verordnung einer Krankenförderung (Stand: 07.2020)“

4. Die Nummern 2.16.1, 2.16.2 und 2.16.3 ändern sich wie folgt:

„2.16.1 Die Verordnung von Arzneimitteln und sonstigen nach § 31 SGB V in die Arzneimittelversorgung einbezogenen Produkten erfolgt gemäß den gesetzlichen Vorgaben. Insbesondere in den folgenden Fällen kann das anliegende Muster 16 verwendet werden:

- 1. Bei Ausfall der für die digitale Übermittlung der Verordnung erforderlichen Infrastruktur (Hardware, Software, Netzanbindung)*
- 2. Erstellen von Verordnungen im Rahmen von Haus- und Heimbesuchen*

2.16.2 Sprechstundenbedarf von Arzneimitteln und sonstigen nach § 31 SGB V in die Arzneimittelversorgung einbezogenen Produkten und Hilfsmittel mit Ausnahme von Sehhilfen und Hörhilfen können auf Muster 16 verordnet werden.

2.16.3 Digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7a SGB V werden auf Muster 16 nach Maßgabe der Vordruckerläuterungen verordnet.“

Die bisherige Nummer 2.16.3 wird zur Nummer 2.16.4.

Artikel 2

Änderungen der Vordruckerläuterungen

1. Die Vordruckerläuterung zu Muster 1 ändert sich wie folgt:

„Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer voraussichtlichen Dauer erfordert im Hinblick auf ihre Bedeutung eine besondere Sorgfalt. Arbeitsunfähigkeit darf deshalb nur aufgrund einer ärztlichen Untersuchung bescheinigt werden. Arbeitsunfähigkeit besteht auch während einer stufenweisen Wiedereingliederung und ist während dieser Zeit mit Muster 1 zu bescheinigen. Der Arzt soll die Daten der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung mindestens 12 Monate archivieren. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie) ist zu beachten.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

① Erst-/ Folgebescheinigung

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

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung								
Name, Vorname des Versicherten			<input type="checkbox"/> 1 Erstbescheinigung <input type="checkbox"/> 1 Folgebescheinigung								
geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status									
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum									
<input type="checkbox"/> 2 Arbeitsunfall, Arbeitsunfall- folgen, Berufskrankheit			<input type="checkbox"/> 2 dem Durchgangsarzt zugewiesen								
arbeitsunfähig seit			<input type="checkbox"/> 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit			<input type="checkbox"/> 4 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
festgestellt am			<input type="checkbox"/> 5 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
Ausfertigung für Versicherte			Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes								
AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)											
<input type="checkbox"/> 6 ICD-10 - Code		<input type="checkbox"/> 6 ICD-10 - Code		<input type="checkbox"/> 6 ICD-10 - Code							
<input type="checkbox"/> 6 ICD-10 - Code		<input type="checkbox"/> 6 ICD-10 - Code		<input type="checkbox"/> 6 ICD-10 - Code							
<input type="checkbox"/> 6											
<input type="checkbox"/> 7 sonstiger Unfall, Unfallfolgen			<input type="checkbox"/> 8 Versorgungs- leiden (z.B. BVG)								
Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten											
<input type="checkbox"/> 9 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation			<input type="checkbox"/> 9 stufenweise Wiedereingliederung								
<input type="checkbox"/> 9 Sonstige <input type="text"/>											
<input type="checkbox"/> 10 Im Krankengeldfall ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall			<input type="checkbox"/> 11 Endbescheinigung								
Hinweis für Versicherte zum Kranken- und Verletztengeld Achten Sie bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit auf eine lückenlose ärztliche Feststellung, da sonst ein Krankengeldverlust droht. Hierfür ist es erforderlich, dass Sie sich spätestens an dem Werktag, der auf den letzten Tag der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung folgt, bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin die fortbestehende Arbeitsunfähigkeit bestätigen lassen. Legen Sie immer Ihre aktuell gültige Versichertenkarte vor, um Probleme bei der Zahlung von Kranken- oder Verletztengeld zu vermeiden. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.											
Muster 1a (1.2021)											

3 arbeitsunfähig seit

In der Zeile „arbeitsunfähig seit“ ist einzutragen, von welchem Tag an bei dem/der Versicherten nach dem von der Vertragsärztin/vom Vertragsarzt erhobenen Befund Arbeitsunfähigkeit besteht. Dabei soll Arbeitsunfähigkeit für eine vor der ersten Inanspruchnahme der Vertragsärztin/des Vertragsarztes liegende Zeit grundsätzlich nicht bescheinigt werden. Eine Rückdatierung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit auf einen vor dem Behandlungsbeginn liegenden Tag ist nur ausnahmsweise und nur nach gewissenhafter Prüfung und in der Regel nur bis zu drei Tagen zulässig. Bei erstmaliger Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Erstbescheinigung) ist in jedem Falle sowohl die Zeile „arbeitsunfähig seit“ als auch die Zeile „festgestellt am“ auszufüllen, und zwar auch dann, wenn die Daten übereinstimmen. Handelt es sich um eine

Folgebescheinigung, kann die Eintragung des Datums in der Zeile „arbeitsunfähig seit“ unterbleiben.

4 *voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit*

In das Kästchen „Voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit“ ist das Datum einzusetzen, bis zu welchem auf Grund des erhobenen ärztlichen Befundes voraussichtlich Arbeitsunfähigkeit bestehen wird. Die Prognose der Dauer der Arbeitsunfähigkeit soll nicht für einen mehr als zwei Wochen im Voraus liegenden Zeitraum bescheinigt werden. Ist es auf Grund der Erkrankung oder eines besonderen Krankheitsverlaufs sachgerecht, kann die Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von einem Monat bescheinigt werden. Besteht an arbeitsfreien Tagen Arbeitsunfähigkeit z. B. an Samstagen, Sonntagen, Feiertagen, Urlaubstagen oder an arbeitsfreien Tagen aufgrund einer flexiblen Arbeitszeitregelung (sog. „Brückentage“), ist sie auch für diese Tage zu bescheinigen. Liegt ein potentieller Krankengeldfall vor und der Vertragsarzt/die Vertragsärztin kann bereits bei der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit einschätzen, dass die Arbeitsunfähigkeit tatsächlich an dem im Feld „voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich bzw. letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit“ angegebenen Datum endet, enden wird bzw. geendet hat, ist zusätzlich zur Angabe des letzten Tages der Arbeitsunfähigkeit das Kästchen „Endbescheinigung“ anzukreuzen. Auf diese Angabe ist besondere Sorgfalt zu verwenden, weil das bescheinigte Datum für die Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers, die Leistungsfortzahlung der Agentur für Arbeit und die Krankengeldzahlung wichtig ist.

5 *festgestellt am*

Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit darf weder vor- noch rückdatiert werden; es ist vielmehr der Tag einzusetzen, an dem die Arbeitsunfähigkeit tatsächlich jeweils für den in der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung angegebenen Arbeitsunfähigkeitszeitraum ärztlich festgestellt wurde. Das Feststelldatum ist wichtig für einen lückenlosen Nachweis des Fortbestehens einer Arbeitsunfähigkeit. Hierfür muss die weitere Arbeitsunfähigkeit spätestens an dem auf das

bisher attestierte voraussichtliche Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Werktag erneut ärztlich festgestellt werden. Samstage gelten nicht als Werktage im vorgenannten Sinne. Eine verspätete Feststellung der Arbeitsunfähigkeit führt zu einem lückenhaften Nachweis der Arbeitsunfähigkeit; hierdurch droht Krankengeldverlust für den Versicherten.

6 AU-begründende Diagnose(n)

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

7 sonstiger Unfall, Unfallfolgen

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

8 Versorgungsleiden (z. B. BVG)

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

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

⑨ *Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten*

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

⑩ *ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall*

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

⑪ *Endbescheinigung*

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

2. Die Vordruckerläuterung zu Muster 4 ändert sich wie folgt:

„Muster 4: Verordnung einer Krankenbeförderung

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

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

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

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

Zuzahl- pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Verordnung einer Krankbeförderung 4 <input checked="" type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge <input checked="" type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input checked="" type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG) <input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt
Zuzahl- frei	Name, Vorname des Versicherten geb. am	
	Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status	
	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	
1. Grund der Beförderung		
Genehmigungsfreie Fahrten		
a)	<input checked="" type="checkbox"/> voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung	<input checked="" type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung
b)	<input checked="" type="checkbox"/> ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)	
c)	<input checked="" type="checkbox"/> anderer Grund , z.B. <input checked="" type="checkbox"/> Fahrten zu Hospizen: <input checked="" type="checkbox"/>	
Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)		
d)	<input checked="" type="checkbox"/> hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie	<input checked="" type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)
e)	<input checked="" type="checkbox"/> dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)	
f)	<input checked="" type="checkbox"/> anderer Grund für Fahrt mit KTW , z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)	
10 2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte		
vom/am <input type="text" value="T"/> <input type="text" value="T"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/> / <input type="text" value=""/> x pro Woche, bis voraussichtlich <input type="text" value="T"/> <input type="text" value="T"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>		
Behandlungsstätte (Name, Ort) <input type="text"/>		
3. Art und Ausstattung der Beförderung		
<input checked="" type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen	<input checked="" type="checkbox"/> Rollstuhl	<input style="width: 100%; height: 100px;" type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen	<input checked="" type="checkbox"/> Tragestuhl	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> liegend	
<input checked="" type="checkbox"/> RTW <input checked="" type="checkbox"/> NAW/NEF <input checked="" type="checkbox"/> andere <input type="text"/>		
4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)		
<input checked="" type="checkbox"/>		
		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Muster 4 (7.2020)		

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

1 Zuzahlungsfrei bzw. Zuzahlungspflicht

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

Das Feld „Zuzahlungsfrei“ ist nur anzukreuzen

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

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

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

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

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

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

③ Hinfahrt, Rückfahrt

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

Im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes prüft der Vertragsarzt die medizinische Notwendigkeit jeweils für die Hinfahrt und für die Rückfahrt. Ist beispielsweise nur die Rückfahrt nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln möglich, so ist nur diese verordnungsfähig. Bei Bedarf soll die für den Transporteur ggf. anfallende Wartezeit durch den Vertragsarzt unter ⑰ bestätigt werden.

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

④ a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung, vor-/nachstationäre Behandlung

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenbeförderung zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung oder zur vor- oder nachstationären Behandlung ist ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse zulässig. Bei vorstationären Behandlungen soll der voraussichtliche Beginn der stationären Behandlung unter ⑰ angegeben werden. Die Beförderung zur vor- oder nachstationären Behandlung darf dabei für nicht mehr als drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn bzw. grundsätzlich für nicht mehr als sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Behandlung stattfinden. Im Falle einer Organtransplantation darf die Beförderung zur nachstationären Behandlung bis zu drei Monate nach Beendigung der stationären Behandlung durchgeführt werden.

⑤ b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 (nur Taxi, Mietwagen; Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenfahrt zur ambulanten

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

Verordnungsfähig sind Fahrten, die im Taxi oder Mietwagen durchgeführt werden müssen. Zu den Mietwagen gehören auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung, z. B. mit Trage, mit Tragestuhl oder zur Beförderung von nicht gehfähigen Patienten im eigenen Rollstuhl. Hierfür sind die Ankreuzfelder 11 und ggf. 13 zu nutzen. Ist die Fahrt im Krankentransportwagen erforderlich, ist diese unter 9 zu verordnen.

6 c) anderer Grund, z. B. Fahrten zu Hospizen

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

- für Fahrten zu anderen stationären Einrichtungen (Hospizen [§ 39a SGB V] und Kurzzeitpflegeeinrichtungen [§ 39c SGB V] als Leistung der Krankenkasse),
- für Fahrten zu einer stationsersetzenden ambulanten Operation gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus oder zu einer ambulanten Operation in der Vertragsarztpraxis sowie bei in diesem Zusammenhang erfolgender Vor- oder Nachbehandlung und

- bei einer aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlichen Verlegungsfahrt in ein anderes Krankenhaus während einer stationären Behandlung (Ausnahmefall) und
- bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus (auch ohne eine anschließende stationäre Behandlung).

Der Anlass ist in der Freitextzeile ⑥ zu erfassen.

Bei ambulanten Operationen ist Voraussetzung, dass dadurch eine aus medizinischen Gründen gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden wird oder diese nicht ausführbar ist. Hierbei ist die Krankenhausbehandlung nicht schon dann „an sich geboten“, wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung notwendig wäre, falls die geplante ambulante Operation unterbleibt. Vielmehr muss eine aus medizinischer Sicht notwendige stationäre Behandlung aus besonderen Gründen ambulant vorgenommen werden, z. B. weil der Patient sich bewusst gegen die voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung entscheidet und die Operation deshalb ambulant vorgenommen wird. Eine Begründung für die stationsersetzende Durchführung ist unter ⑰ anzugeben.

Bei erforderlichen Vor- oder Nachbehandlungen gelten die gesetzlichen Fristen analog zu vor- und nachstationären Behandlungen unter ④. Zugleich ist der Operationstag unter ⑰ zu erfassen.

Bei nicht stationsersetzenden ambulanten Operationen ist eine Krankenförderung nicht verordnungsfähig, so z. B. bei nicht stationsersetzenden Katarakt-Operationen.

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen

- ⑦ d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie

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

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

7 vergleichbarer Ausnahmefall

Ein vergleichbarer Ausnahmefall ist anzunehmen, wenn Patienten mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt werden, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist und die Patienten durch die Behandlung oder dem zu dieser Behandlung führenden Krankheitsverlauf so beeinträchtigt sind, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist. Die Vergleichbarkeit ist unter **17** zu begründen, ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10.

8 e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)

Bei vergleichbarer Beeinträchtigung der Mobilität nach den im Feld **5** genannten Kriterien (Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5) kommt eine Verordnung nur in Betracht, wenn der Patient einer ambulanten Behandlung mindestens 6 Monate bedarf. Die Vergleichbarkeit der Mobilitätsbeeinträchtigung ist ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10 unter **17** zu begründen.

9 f) anderer Grund für Fahrt mit KTW z. B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. angeben)

Andere Gründe als die vorgenannten können die Verordnung einer Krankenbeförderung mit einem Krankentransportwagen (KTW) erforderlich machen, wenn Patienten während der Fahrt einer medizinisch-fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtung eines KTW bedürfen oder zu erwarten ist, dass dies erforderlich wird (z. B. weil während der Fahrt wegen Dekubitus ohne Pflegegrad ein fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich ist) oder wenn dadurch die Übertragung schwerer, ansteckender Krankheiten der Patienten vermieden wird.

Das Ankreuzfeld ist auch zu nutzen, sofern für Versicherte mit einem Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 eine Fahrt im KTW erforderlich ist.

Angaben, weshalb eine fachliche Betreuung oder besondere Einrichtung benötigt wird, sind unter ⑫ zu machen.

Darüber hinaus sind über dieses Feld genehmigungspflichtige Verlegungsfahrten (Ausnahmefall), z. B. eine Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus, zu verordnen. Das medizinisch erforderliche Beförderungsmittel ist für Verlegungsfahrten unter ⑪ bis ⑮ anzugeben. Weiterhin ist unter ⑰ der Grund „Verlegung“ zu erfassen.

⑩ 2. Behandlungstag/-frequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

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

Ist der Behandlungstag bei genehmigungsfreien Fahrten nicht bekannt, kann im Einzelfall auf die Angabe des Behandlungstages verzichtet werden, z. B. wenn beim Hausbesuch die Notwendigkeit eines Facharztbesuches festgestellt wird oder eine Terminvergabe über die Terminservicestelle erfolgt. In diesen Fällen ist eine Begründung unter ⑰ anzugeben.

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

3. Art der Beförderung

⑪ Taxi/Mietwagen

Ein Taxi/Mietwagen ist verordnungsfähig, wenn der Patient aus zwingenden

medizinischen Gründen kein öffentliches Verkehrsmittel oder privates Kraftfahrzeug benutzen kann. Zu den Mietwagen gehören auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung. Soll ein Patient mit Rollstuhl, im Tragestuhl oder liegend befördert werden, so sind diese Anforderungen an das Taxi/den Mietwagen zusätzlich unter 13 zu kennzeichnen. Eine medizinisch-fachliche Betreuung der Patienten findet nicht statt.

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

Die Verordnung einer Krankenförderung mittels KTW ist nur zulässig, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung und/oder die besondere Einrichtung des KTW aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist und eine Beförderung durch ein weniger aufwendiges Beförderungsmittel nicht möglich ist. Dabei ist zu beachten, dass nicht die Diagnose oder die Behandlung an sich die „zwingende medizinische Notwendigkeit“ des KTW begründet, sondern Art und Ausmaß der Funktionsstörung. Diese ist daher hier (ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10) anzugeben (z. B. Blutungsgefahr) bzw. muss sich aus der Begründung ableiten lassen. Bei der Verordnung eines KTW können zusätzlich die Felder unter 13 Rollstuhl, Tragestuhl oder liegend angekreuzt werden.

13 Rollstuhl, Tragestuhl, liegend

Das Feld „Rollstuhl“ ist anzukreuzen, wenn ein nicht gehfähiger Patient im eigenen Rollstuhl oder im Krankenfahrstuhl befördert werden muss (Fahrzeug mit rollstuhlgerechter Ausstattung).

Das Feld „Tragestuhl“ ist anzukreuzen, falls es sich um einen nicht gehfähigen Patienten handelt, der sitzend befördert werden kann. Aufgrund fehlender Barrierefreiheit ist eine Trageleistung von zwei Personen erforderlich (Fahrzeugausstattung: Tragestuhl).

Das Feld „liegend“ ist anzukreuzen, falls ein Patient ausschließlich liegend transportiert werden kann (Fahrzeugausstattung: Trage).

14 RTW

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

In Notfällen kann die Beförderung nachträglich verordnet werden.

15 NAW/NEF

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

In Notfällen kann die Beförderung nachträglich verordnet werden.

16 andere

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

17 4. Begründung/Sonstiges

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

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

- *Datumsangabe des (geplanten) Beginns der stationären Behandlung bei der Verordnung von Fahrten zu vorstationären Behandlungen,*
- *Angabe von weiteren geplanten Behandlungsterminen,*
- *Angabe einer Behandlungsfrequenz, die unter **10** nicht erfasst werden kann (z. B. 5 x alle 2 Wochen vom TTMMJJ bis TTMMJJ),*
- *Begründung, wenn ein Behandlungstag unter **10** nicht bekannt ist,*
- *Behandlung, welche über Terminservicestelle vermittelt wurde,*

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

RÜCKSEITE

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

3. Die Vordruckerläuterung zu Muster 16 ändert sich wie folgt:

„Muster 16: Arzneiverordnungsblatt

Der Vertragsarzt darf nur Arzneiverordnungsblätter verwenden, die diejenige

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

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

Bei der Verordnung von Rezepturen darf grundsätzlich nur die Vorderseite des Vordrucks benutzt werden. Pro Rezeptur ist hierbei ein Verordnungsblatt zu verwenden.

Rezepturen zur parenteralen Anwendung können dabei für den Bedarf bis zu einer Woche verordnet werden. Voraussetzung hierfür ist, die einzeln anzuwendenden Zubereitungen sind nach Art und Menge identisch (z.B. Infusionsbeutel). Aus Fertigarzneimitteln entnommene, patientenindividuelle Teilmengen (insbesondere Wochenblister) können im Rahmen einer Dauermedikation für den Bedarf bis zu vier Wochen verordnet werden.

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

Das Arzneiverordnungsblatt kann nicht verwendet werden

- für die Verordnung von Betäubungsmitteln. Betäubungsmittel dürfen auf Grund der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung nur auf dem dreiteiligen amtlichen Formblatt des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte verordnet werden.
- für die Verordnung von Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Lenalidomid, Pomalidomid oder Thalidomid. Hierfür ist aufgrund der Arzneimittel-Verschreibungsverordnung der zweiteilige amtliche Vordruck („T-Rezept“) des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte zu verwenden.

- für die Verordnung von Mitteln und Maßnahmen, die nicht zur Behandlung des Patienten notwendig sind oder die nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen (z.B. empfängnisverhütende Mittel für Versicherte, die das 22. Lebensjahr vollendet haben). Hier ist ein Privatrezept zu verwenden.

The form is a standard German medical prescription form (Muster 16) with the following sections and annotations:

- Top Left:** Fields for 'Krankenkasse bzw. Kostenträger', 'Name, Vorname des Versicherten', and 'geb. am'. Annotations 2, 3, 4, and 5 point to these areas.
- Top Right:** Fields for 'BVG', 'Hilfs-mittel', 'Implt- stoff', 'Spr.-St- Bedarf', 'Begr.- Pflicht', and 'Apotheken-Nummer / IK'. Annotations 6, 7, 7, 7, and 8 point to these fields.
- Middle Right:** A table for 'Zuzahlung' and 'Gesamt-Brutto' with columns for 'Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.', 'Faktor', and 'Taxe'. It includes rows for '1. Verordnung', '2. Verordnung', and '3. Verordnung'. Annotations 9, 9, 9, 9, 9, and 9 point to these cells.
- Middle Left:** Fields for 'Kostenträgerkennung', 'Versicherten-Nr.', 'Status', 'Betriebsstätten-Nr.', 'Arzt-Nr.', and 'Datum'. Annotations 5 and 5 point to these fields.
- Bottom Left:** A section for occupational accidents ('Bei Arbeitsunfall auszufüllen!') with fields for 'Unfalltag' and 'Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer'. Annotations 10, 10, and 10 point to checkboxes 'aut idem'. Annotation 11 points to the 'Rp.' field. Annotations 12, 13, 14, and 15 point to other areas.
- Bottom Right:** A field for 'Abgabedatum in der Apotheke' and a signature line 'Unterschrift des Arztes'. Annotation 1 points to the signature line.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

2 Rezept: Gebühr frei bzw. Gebührenpflichtig

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

Das Feld „Gebühr frei“ ist nur anzukreuzen

- bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- wenn Arznei- und Verbandmittel bei Schwangerschaftsbeschwerden oder im Zusammenhang mit der Entbindung verordnet werden,
- bei Verordnungen zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers,
- bei Verordnungen für Versicherte mit einem Versorgungsleiden,

- *bei Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen*
- *sowie in den Fällen, in denen eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht (z. B. Härtefallregelung) nachgewiesen wird.*

③ *Befreiung von der Notdienstgebühr*

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

④ *Sonstige*

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

⑤ *Unfall / Arbeitsunfall*

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

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

⑥ *Anspruchsberechtigte nach dem Bundesentschädigungsgesetz / Bundesversorgungsgesetz*

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

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

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

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

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

Bei der Verordnung

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

8 Begründungspflicht

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

9 Abrechnungsfelder

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

10 Aut idem

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

Hinweis:

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

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

11 *Verordnungen im Rahmen einer „künstlichen Befruchtung“ oder einer „Ersatzverordnung nach § 31 Absatz 3 Satz 7 SGB V“. Der Vertragsarzt hat für die Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen der Erbringung von Leistungen nach § 27a SGB V (Künstliche Befruchtung) auf dem Verordnungsblatt die Information „Verordnung nach § 27a SGB V“ anzugeben. Dies erfolgt vor dem Hintergrund, dass bei diesen Verordnungen die Krankenkasse nur 50% der Kosten trägt und nur diese von der Apotheke gegenüber der Krankenkasse abgerechnet werden können. Die anderen 50% sind vom Versicherten zu übernehmen.*

Muss für ein Arzneimittel aufgrund eines Arzneimittelrückrufs oder einer von der zuständigen Behörde bekannt gemachten Einschränkung der Verwendbarkeit erneut ein Arzneimittel verordnet werden, ist die erneute Verordnung eines Arzneimittels oder eines vergleichbaren Arzneimittels auf einem separaten Arzneiverordnungsblatt vorzunehmen und mit dem Aufdruck „Ersatzverordnung gemäß § 31 Absatz 3 Satz 7 SGB V“ zu versehen.

12 *Dosierhinweis*

Bei Vorliegen eines Medikationsplans oder einer schriftlichen Dosierungsanweisung, erfolgt eine zusätzliche Kennzeichnung vor dem verordneten Produkt am Anfang der Verordnungszeile mittels: „>>Dj<<“. Das bedeutet, ja, es liegt eine schriftliche Dosierungsanweisung vor. Liegt die zusätzliche Kennzeichnung nicht vor, erfolgt die Dosierungsanweisung auf der Verordnung.

13 *Verordnungen von digitalen Gesundheitsanwendungen („Gesundheits-Apps“) nach § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7a SGB V*

Für die Verordnung einer digitalen Gesundheitsanwendung nach § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7a SGB V ist das Verordnungsfeld wie folgt auszufüllen:

Zeile 1 und 2: Bezeichnung der Anwendung (optional)¹

Zeile 3: Eineindeutige Verzeichnisnummer

Zeile 4: Unbesetzt²

Zeile 5: Anwendungsdauer in Tagen

Zeile 6: Unbesetzt

Es darf immer nur eine digitale Anwendung je Arzneiverordnungsblatt verordnet werden.

¹ Die Partner dieser Vereinbarung sind sich einig, dass die Bezeichnung der Digitalen Gesundheitsanwendung bei der Verordnung verpflichtend anzugeben ist, sofern noch keine eineindeutige Verzeichnisnummer des BfArM vorliegt. Sobald eine eineindeutige Verzeichnisnummer vorliegt, ist die Angabe der Bezeichnung optional.

² Die Vertragspartner sind sich einig, dass bis zum 15.08.2020 eine Regelung über eine Angabe der Diagnose auf der Verordnung geprüft wird.

14 Fälschungssicheres Ausfüllen des Arzneiverordnungsblattes

Beim Ausfüllen des Arzneiverordnungsblattes ist darauf zu achten, dass keine Leerräume verbleiben oder entstehen, die für Manipulationen benutzt werden können. Um zu vermeiden, dass unbefugter Weise 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 Position des Vertragsarztstempels

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

Artikel 3

Inkrafttreten

Die Änderungen zu Muster 4 und Muster 16 treten mit Wirkung zum 01.07.2020 in Kraft.

Die Änderungen zu Muster 1 treten zum 01.01.2021 bzw. 01.01.2022 in Kraft.

Alte Muster 1 und 4 verlieren ihre Gültigkeit.

Berlin, den 30.04.2020

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

GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin