

Anlage 14b

Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu den Formularen

Vereinbart zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

In der Fassung vom 25.04.2018, Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

Zuletzt geändert am 18.12.2024, mit Wirkung ab dem 01.04.2025

A. Allgemeines

- Die im vertragszahnärztlichen Bereich zur Anwendung kommenden Formulare gelten inhaltlich und auch in der Gestaltung einheitlich im gesamten Bundesgebiet. Der Vertragszahnarzt darf nur die vertraglich vereinbarten Formulare verwenden, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist. Bei der Verwendung von Formularen hat der Vertragszahnarzt darauf zu achten, dass diese in ihrer jeweils gültigen Fassung verwendet werden. Die Bestellung der Formulare erfolgt auf der Ebene der Gesamtvertragspartner. Die Krankenkassen stellen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) die Formulare kostenfrei zur Verfügung. Das gilt entsprechend für die Verwendung digitaler Formulare.

Formulare können von der KZV oder dem Vertragszahnarzt auch selbst mittels EDV technisch umgesetzt werden. Hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur sowie die vorgegebenen Zeilenabstände nicht verändert werden. Die hierfür anfallenden Kosten werden von den Krankenkassen nicht übernommen.

Die Formulare sind maschinell auswertbar, d. h. beleglesefähig, zu erstellen.

- Für die Bedruckung des Personalienfelds gelten die nachfolgenden Bestimmungen, die anhand eines Musterbeispiels näher erläutert werden.

123456789012345678901234567890

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Testort-Musterkasse		72
Name, Vorname des Versicherten		
Mustermann-Müller		geb. am
Prof. Dr. Johann von		20.10.25
Musterweg 6		
D 12345 Musterhausen		12/20
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
123456789	A123456789	5080600
Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum
123456789	123456789	01.01.21

Schriftart: Courier oder Courier New, Nimbus Mono L, NLQ

Zeichendichte: 10 Zeichen/Zoll, das entspricht der Schriftgröße 12

Zeile 1: Krankenkasse bzw. Kostenträger (ab 27 Stellen kürzen)
WOP: wenn bei Ersatzverfahren unbekannt: leer

Hinter dem Kassennamen wird eine zweistellige Nummer für eine eindeutige Zuordnung des Wohnorts der Versicherten zu den KZVen angegeben.

Zeile 2: Nachname

Zeile 3: Titel, Vorname, Namenszusatz, Vorsatzwort(e), Geburtsdatum

Zeile 4: Straßenname, Hausnummer

Zeile 5: Ländercode, Postleitzahl, Ort, Versicherungsschutz-Ende (optional)

Zeile 6: Kostenträgerkennung, Versicherten-Nr., Versichertenart, Besondere Personengruppe, DMP-Kennzeichnung (nur bei ärztlichen Formularen, bei zahnärztlichen Formularen immer leer), ASV-Kennzeichen

Im Statusfeld wird obligat die Versichertenart, optional die Besondere Personengruppe und optional das DMP-Kennzeichen gedruckt. Für das ASV-/TSS-Kennzeichen wird im vertragszahnärztlichen Bereich standardmäßig eine „00“ eingetragen.

Zeile 7: Abrechnungs-Nr. Zahnarzt-Nr. (bei Formularen aus dem vertragsärztlichen Bereich: Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr.)

Im Feld für die Abrechnungs-Nr./Betriebsstätten-Nr. wird die neunstellige Abrechnungsnummer eingetragen, die wie folgt aufgebaut ist: Führende „0“, 2-stellige KZV- und 6-stellige Abrechnungsnummer der Praxis. Im Feld für die Zahnarzt-Nr./Arzt-Nr. wird die 9-stellige Zahnarzt Nummer eingetragen. Die Angabe des Ersatzwerts 999999991 erfolgt durch Leistungserbringer, für die eine Zahnarzt Nummer gemäß der Vereinbarung ZANRV nach § 293 Abs. 4 SGB V nicht vergeben wird. Bei Assistenten, die über keine eigene Zahnarzt Nummer verfügen, kann im Feld für die Zahnarzt Nummer die Zahnarzt Nummer des Praxisinhabers eingetragen werden. Für in ermächtigten Einrichtungen beschäftigte Zahnärzte, die über keine Zahnarzt Nummer verfügen, wird der Ersatzwert 999999991 eingetragen.

Es gelten die nachfolgenden Druckvorschriften:

Druckzeile	Feld	Position	Druckvorschrift eGK
1	Krankenkasse bzw. Kostenträger	1-27	ab 27 kürzen
	WOP-Kennzeichen	29-30	wenn bei Ersatzverfahren unbekannt: leer
2	Nachname	1-30	ab 30 kürzen
3	Titel Vorname Namenszusatz Vorsatzwort(e) ¹	1-21	ab 21 kürzen
	Geburtsdatum	23-30	Format TT.MM.JJ
4	Straßenname Hausnummer ¹ alternativ: „Postfach“ Postfachnummer ^{1, 2}	1-30	Länge _{Max} (Straßenname) = 30 – [Länge(Hausnummer) + 1] ³
5	Wohnsitzländercode Postleitzahl Ort ¹ alternativ: Items der Postfachadresse ^{1, 2}	1-24	Länge _{Max} (Ort) = 24 – [Länge(Wohnsitzländercode) + 1] ³ – Länge(Postleitzahl) – 1
	Versicherungsschutz Ende	26-30	Format MM/JJ
6	Kostenträgerkennung	1-9	9-stellig (Institutionskennzeichen)
	Versicherten-Nr.	11-22	linksbündig, 10-stellig
	Status	24-30	Beim Arbeitgeber-Exemplar einer AU-Bescheinigung: 7 Leerzeichen
	Versichertenart	24	wenn bei Ersatzverfahren unbekannt: "0"
	Besondere Personengruppe	25-26	} wenn einstellig mit führender "0" wenn nicht vorhanden: "00"
	DMP-Kennzeichen (<u>nur für Rezepte</u> ansonsten "00")	27-28	
	ASV-/TSS-Kennzeichen	29-30	immer „00“
7	Abrechnungs-Nr.	1-9	führende "0" 2-stellige KZV- und 6-stellige Abrechnungs-Nr. der Praxis

Druckzeile	Feld	Position	Druckvorschrift eGK
	Zahnarzt-Nr.	11-19	Zahnarztnummer, 9-stellig ⁴
	Datum der Ausstellung bei zahnärztlicher Heilmittelverordnung und ärztlichen Formularen 1, 2, 4, 16, 21 oder Karteneinlesedatum bei zahnärztlichen Formularen, die das abgebildete Personalienfeld enthalten (Ersatzverfahren: keine Angabe)	22-29	Format TT.MM.JJ

¹ durch Leerzeichen getrennt

² nur zulässig, wenn keine Straßenadresse vorhanden

³ Abzug nur, wenn Länge (*Feld*) > 0, d. h. falls *Feld* vorhanden

⁴ Eingeführt seit 01.01.2023

3. Die Verwendung von Formularen außerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung ist unzulässig.
4. Die zur Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung erforderlichen Formulare und Stempel sind zur Verhütung missbräuchlicher Benutzung sorgfältig aufzubewahren.
5. Die Formulare sind vollständig, sorgfältig, und leserlich entsprechend den Vorgaben dieser Vereinbarung auszufüllen, vom Vertragszahnarzt mit dem Vertragszahnarztstempel zu versehen und persönlich zu unterzeichnen. Die Unterschrift darf nicht mittels roter Farbe erfolgen.
6. Bei der Ausstellung der Formulare kann auf die Verwendung des Vertragszahnarztstempels verzichtet werden, wenn dessen Inhalt an der für die Stempelung vorgesehenen Stelle bereits aufgedruckt ist. Bei der Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen kann auf den hierfür vorgesehenen Formularen, wenn die Erstellung der Abrechnung mittels EDV erfolgt, der Inhalt des Vertragszahnarztstempels an der dafür vorgesehenen Stelle eingedruckt werden.
7. Leistungen nach SGB XIV (Soziales Entschädigungsrecht - SER)
Bei Vorliegen einer anerkannten gesundheitlichen Schädigung (Schädigungsfolge) ist dies auf den Vordrucken 3c/3d (Patienteninformation Zahnersatz) und 9 (Heilmittelverordnung) sowie auf den Mustern e01 (eAU), 2 (Verordnung Krankenhausbehandlung), 4 (Verordnung Krankenförderung), 16 (Arzneiverordnung) und 21 (Bescheinigung Krankengeld) mit „SER“ zu kennzeichnen¹. Darunter werden alle Krankheiten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen verstanden, die im Zusammenhang mit Gewalttaten, Kriegsauswirkungen beider Weltkriege, der Ableistung des Zivildienstes und Schutzimpfungen oder anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe stehen und für die eine Schädigungsfolge von der Verwaltungsbehörde anerkannt ist. Vor dem 31.12.2023 anerkannte gesundheitliche Schädigungen auf Grundlage bis dahin geltender Entschädigungsgesetze erhalten ebenfalls diese Kennzeichnung.
Der Versicherte hat dem Vertragszahnarzt einen Nachweis über die anerkannte Schädigungsfolge bei der Inanspruchnahme von Leistungen vorzulegen.
8. Bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen können nur die Muster 1 (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung), 4 (Verordnung einer Krankenförderung) und 16 (Arzneiverordnungsblatt) verwendet werden. Das Ankreuzfeld „sonstiger Unfall, Unfallfolgen“

¹ Solange die oben genannten Vordrucke und Muster noch nicht um das Kennzeichen „SER“ angepasst sind, ist in den Fällen des sozialen Entschädigungsrechts das bisherige Kennzeichen „BVG“ bzw. „Versorgungsleiden“ anzugeben.

auf Muster 1 bzw. „Unfall, Unfallfolgen“ auf Muster 4 ist nicht bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten usw. zu verwenden, sondern nur bei sonstigen Unfällen (z. B. Haus-, Sport-, Verkehrsunfällen).

9. Die Formulare aus dem vertragsärztlichen Bereich sind jeweils unten rechts nummeriert, wobei zusätzlich der Monat und das Jahr ihrer Einführung bzw. ihrer letzten Änderung angegeben sind.

② Antragsnummer, Genehmigungsdatum, Höhe des Festzuschusses

Es ist die Antragsnummer des genehmigten HKP sowie das Genehmigungsdatum der Krankenkasse anzugeben. Des Weiteren ist anzugeben, in welcher prozentualen Höhe die Festzuschüsse von der Krankenkasse bewilligt wurden; in von der Krankenkasse bestätigten Härtefällen sind 100 Prozent anzugeben.

③ Befunde für Festzuschüsse

Im Kasten der Befunde für Festzuschüsse sind die von der Krankenkasse genehmigten Befundnummern einschließlich des jeweils betroffenen Zahns/Gebiets, der Anzahl und des Festzuschussbetrags in Euro und Cent einzutragen. Bei nachträglichen Befunden sind die Befundnummern nebst weiteren Angaben entsprechend einzutragen.

In der Zeile der Gesamtsumme der Festzuschüsse ist die Summe in Euro und Cent anzugeben. Sie errechnet sich durch Addition der von der Kasse für die jeweiligen Befunde festgesetzten Beträge sowie ggf. Festzuschussbeträge für nachträgliche Befunde, dabei sind höchstens die tatsächlichen Kosten aufzuführen.

Versicherte, die unzumutbar belastet würden (sog. Härtefälle) und einen andersartigen Zahnersatz wählen, erhalten maximal einen Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent. Bei der Abrechnung des Festzuschusses ist zu prüfen, ob und in welcher Höhe Kosten für die Verwendung einer Edelmetalllegierung oder von Reinmetall angefallen sind. Der Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent wird von der Krankenkasse nur insoweit übernommen, als darin keine Mehrkosten für Edel- oder Reinmetall enthalten sind. Daher sind diese Mehrkosten von den tatsächlichen Gesamtkosten abzuziehen, insoweit im Rahmen der bewilligten Festzuschussbeträge rechnerisch ein Anteil für Kosten einer Edelmetalllegierung oder Reinmetall beinhaltet wäre.

④ Rechnungsbeträge

Alle Beträge sind in Euro und Cent anzugeben.

Zahnarzthonorar BEMA

Die Beträge der im Heil- und Kostenplan genannten BEMA-Positionen für die Regelleistungen sind in einer Summe anzugeben.

Zahnarzthonorar zusätzliche Leistungen BEMA

Hier ist das Honorar für nachträgliche Befunde einzutragen, soweit diese der Regelversorgung zuzuordnen sind.

Zahnarzthonorar GOZ

Es sind die tatsächlich angefallenen Honorare nach Maßgabe der GOZ bei gleich- und andersartigen Versorgungsin in EUR und Cent einzutragen.

Material- und Laborkosten (gewerblich)

Hier ist die Summe aller im gewerblichen Labor angefallenen Material- und Laborkosten nach BEL und BEB, einschließlich der Kosten für Edel- bzw. Reinmetall, anzugeben.

Material- und Laborkosten (Praxis)

Hier ist die Summe aller in der Praxis oder im praxiseigenen Labor angefallenen Material- und Laborkosten nach BEL und BEB, einschließlich der Kosten für Edel- bzw. Reinmetall, anzugeben.

Versandkosten Praxis

In dieser Zeile sind die Versandkosten der Praxis je Versandgang für die Versendung von Arbeitsunterlagen (Abformung, Modell u. Ä.) an das gewerbliche Labor einzutragen.

Gesamtsumme Rechnungsbetrag

Hier ist die Gesamtsumme einzutragen, bestehend aus der Addition der Rechnungsbeträge für das Zahnarzthonorar nach BEMA bzw. GOZ, der Summe aller im Eigen- bzw. Fremdlabor entstandenen tatsächlichen Material- und Laborkosten sowie der Versandkosten.

⑤ Sonstige Angaben

Das Eingliederungsdatum des Zahnersatzes ist in der Form: „TTMMJJ“ einzutragen. Als Herstellungsort wird für das Inland der Buchstabe „D“ dem Ortsnamen vorangestellt, bei Herstellung im Ausland ist der Landesname anzugeben.

Im rechten Feld sind die Daten des Praxisstempels aufzuführen. Mit Datum und Unterschrift ist abschließend die Richtigkeit der Angaben zu bestätigen

Vordruck 9 – Zahnärztliche Heilmittelverordnung (Stand 01.01.2021)

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Muster

1. Zuzahlungsfrei bzw. Zuzahlungspflicht

2. Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

3. Hauptbeurteilung

4. Therapiebeurteilung

5. Physiotherapie

6. Ergänzende Heilmittel:

7. Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie

8. Anzahl pro Woche

9. Anzahl pro Woche

10. Indikationskriterien

11. ICD-10 - Code

12. Weitere Hinweise (ggf. Angaben/Begründung zum langfristigen Heilmittelbedarf, Angaben zur Blankoverordnung, etc.)

13. BK des Leistungserbringers

SER – bisher „BVG“ – siehe Erläuterungen in Abschnitt A „Allgemeines“ unter Ziffer 7.

1 Zuzahlungsfrei bzw. Zuzahlungspflicht

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

2 Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

Grundsätzlich hat die Behandlung innerhalb von 28 Kalendertagen nach Verordnung durch den Vertragszahnarzt zu beginnen. Liegt ein dringlicher Behandlungsbedarf vor, hat die Behandlung spätestens innerhalb von 14 Kalendertagen zu beginnen. Dies ist auf der Verordnung durch Ankreuzen des Kästchens „Dringlicher Behandlungsbedarf“ kenntlich zu machen.

Kann die Heilmittelbehandlung in den genannten Zeiträumen nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.

③ Hausbesuch

Das Kästchen „Hausbesuch - Ja“ oder das Kästchen „Hausbesuch - Nein“ ist anzukreuzen. Das Kästchen „Hausbesuch - Ja“ ist vom Vertragszahnarzt anzukreuzen, wenn der Versicherte aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder der Hausbesuch aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. Soweit ein Hausbesuch nicht notwendig ist, ist das Kästchen „Hausbesuch - Nein“ vom Vertragszahnarzt anzukreuzen.

④ Therapiebericht

Bei Bedarf kann der Vertragszahnarzt einen Therapiebericht beim Heilmittelerbringer anfordern. Dies ist auf der zahnärztlichen Heilmittelverordnung durch Ankreuzen des Kästchens „Therapiebericht - Ja“ zu kennzeichnen. Soweit auf den Therapiebericht verzichtet werden kann, bleibt dieses Kästchen frei.

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Auf der zahnärztlichen Heilmittelverordnung sind die Maßnahmen der Physiotherapie und der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie nach Maßgabe des Heilmittelkataloges Zahnärzte anzugeben.

Die gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln aus den verschiedenen Abschnitten des Heilmittelkataloges (gleichzeitige Verordnung von Maßnahmen der Physiotherapie sowie Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie) ist bei entsprechender Indikation zulässig. Werden Heilmittel aus verschiedenen Abschnitten des Heilmittelkataloges verordnet, ist für jede Verordnung je ein Ordnungsvordruck zu verwenden.

⑤ Vorrangige Heilmittel (Physiotherapie)

Der Vertragszahnarzt verordnet durch Ankreuzen eines entsprechenden Kästchens „KG“ Krankengymnastik, „KG-ZNS-Kinder“ Krankengymnastik bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, „KG-ZNS“ Krankengymnastik bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems nach Vollendung des 18. Lebensjahres, „MT“ Manuelle Therapie, „MLD-30“ Manuelle Lymphdrainage 30 Minuten, „MLD-45“ Manuelle Lymphdrainage 45 Minuten. Der Vertragszahnarzt kann durch das Ankreuzen des entsprechenden Kästchens „Bobath“, „Vojta“ oder „PNF“ die Maßnahmen der „KG-ZNS-Kinder“ bzw. „KG-ZNS“ spezifizieren. Erfolgt keine Spezifikation, kann der Heilmittelerbringer selbstständig die entsprechende Maßnahme auswählen. Es kann maximal ein vorrangiges Heilmittel verordnet werden.

⑥ Ergänzende Heilmittel (Physiotherapie)

Die Wärme- und Kälteapplikation kann nur als therapeutisch erforderliche Ergänzung in Kombination mit „KG“, „KG-ZNS-Kinder“, „KG-ZNS“, „MT“, „MLD-30“ oder „MLD-45“ verordnet werden. Der Vertragszahnarzt kann durch das Ankreuzen des entsprechenden Kästchens „Heißluft“, „Heiße Rolle“, „Ultraschall“ oder „Packungen“ die Maßnahmen der „Wärmetherapie“ spezifizieren. Erfolgt keine Spezifikation, kann der Heilmittelerbringer unter Berücksichtigung der für ihn maßgebenden Vorschriften selbstständig die entsprechende Maßnahme auswählen.

Die Elektrotherapie oder Elektrostimulation kann als ergänzendes Heilmittel zu den vorrangigen Heilmitteln „KG“, „KG-ZNS-Kinder“, „KG-ZNS“, „MT“, „MLD-30“ oder „MLD-45“ verordnet werden. Die Elektrotherapie oder Elektrostimulation kann ohne Verordnung eines vorrangigen Heilmittels verordnet werden, soweit der Heilmittelkatalog dies vorsieht.

Der Vertragszahnarzt kann die beiden leeren Zeilen „ggf. Spezifizierung“ für eine weitere Spezifizierung der Maßnahmen nach den §§ 19 und 22 der HeilM-RL ZÄ nutzen. Hierzu gehören die nachstehend beschriebenen Maßnahmen:

1. Kältetherapie mittels Kaltpackungen, Kaltgas, Kaltluft,

2. Wärmetherapie mittels Heißluft, als strahlende oder geleitete Wärme zur Muskeldetonisierung und Schmerzlinderung,
3. Wärmetherapie mittels heißer Rolle, zur lokalen Hyperämisierung mit spasmolytischer, sedierender, schmerzlindernder Wirkung,
4. Wärmetherapie mittels Ultraschall, zur Verbesserung der Durchblutung und des Stoffwechsels und zur Erwärmung tiefergelegener Gewebsschichten,
5. Wärmetherapie mittels Wärmepackungen mit Peloiden (z. B. Fango), Paraffin oder Paraffin-Peloidgemischen zur Applikation intensiver Wärme,
6. Elektrotherapie unter Verwendung konstanter galvanischer Ströme oder unter Verwendung von Stromimpulsen (z. B. diadynamische Ströme, mittelfrequente Wechselströme, Interferenzströme),
7. Elektrostimulation unter Verwendung von Reizströmen mit definierten Einzel-Impulsen nach Bestimmung von Reizparametern (nur zur Behandlung von Lähmungen bei prognostisch reversibler Nervenschädigung).

Maßnahmen der Übungsbehandlung können in geeigneten Fällen zusätzlich zur Manuellen Lymphdrainage ergänzend verordnet werden.

Es kann maximal ein ergänzendes Heilmittel zum vorrangigen Heilmittel verordnet werden.

7 Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie: Therapiedauer pro Sitzung und Verordnungsmenge

Der Vertragszahnarzt verordnet durch Ankreuzen eines entsprechenden Kästchens die Minutenangaben „30 min“, „45 min“ oder „60 min“ für die Sprech- und Sprachtherapie oder für die Schlucktherapie nach Maßgabe des Heilmittelkataloges Zahnärzte in Abhängigkeit von der medizinischen Indikation (konkretes Störungsbild) sowie der jeweiligen Belastbarkeit des Versicherten.

Für die Sprech- und Sprachtherapie oder für die Schlucktherapie besteht die Möglichkeit, verschiedene Behandlungszeiten zu verordnen. Die Aufteilung der Verordnungsmenge ist in der Zeile hinter der jeweiligen Therapiedauer zu spezifizieren (z. B. 30 min. 5x und 45 min. 5x). Bei einer Aufteilung der Gesamtverordnungsmenge auf verschiedene Behandlungszeiten muss die Summe der Verordnungsmenge im Feld 7 mit der Verordnungsmenge im Feld 8 übereinstimmen. Sofern von der Aufteilung kein Gebrauch wird, ist die Zeile für die anteilige Verordnungsmenge hinter der Behandlungszeit im Feld 7 nicht zu befüllen.

8 Anzahl pro Woche und Verordnungsmenge

Im Feld „Anzahl pro Woche“ ist vom Vertragszahnarzt durch Ankreuzen eines entsprechenden Kästchens „1x“, „2x“, „3x“ eine Behandlungsfrequenz für das verordnete Heilmittel anzugeben. Sofern der Vertragszahnarzt eine Frequenzspanne vorgeben möchte, ist jeweils der untere und der obere Wert der Frequenzspanne mit einem Kreuz zu versehen (z. B. bei 1 - 2x wöchentlich Kreuz im Feld „1x“ und im Feld „2x“; bei „2 - 3x wöchentlich“ Kreuz im Feld „2x“ und im Feld „3x“; usw.). Die spätere Abweichung von der angegebenen Frequenz ist nur zulässig, wenn zwischen Vertragszahnarzt und Therapeut ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde. Die Angabe der Anzahl der Behandlungseinheiten darf den Wert der Höchstmenge je Verordnung gemäß Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte nicht überschreiten. Im Fall eines langfristigen Heilmittelbedarfs können die notwendigen Heilmittel je Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden (vgl. § 6 Abs. 5 HeilM-RL ZÄ).

9 ggf. ergänzendes Heilmittel: Anzahl pro Woche und Verordnungsmenge

Dieses Feld steht zur Verfügung in Fällen, in denen zu einem vorrangigen Heilmittel ein ergänzendes Heilmittel auf einem Vordruck verordnet werden soll. Es kann hier die Anzahl pro Woche und die Verordnungsmenge für das ergänzende Heilmittel nach Maßgabe der Ziffer 8 angegeben werden.

Die Möglichkeit zur Verordnung einer Doppelbehandlung besteht nicht für ein ergänzendes Heilmittel.

10 Indikationsschlüssel

In diesem Feld ist der vollständige Indikationsschlüssel anzugeben. Dieser setzt sich bei der zahnärztlichen Heilmittelverordnung in der Regel aus der Bezeichnung der Indikationsgruppe (z. B. LYZ2) und in Ausnahmefällen aus der Bezeichnung der Indikationsgruppe und dem Buchstaben der vorrangigen Leitsymptomatik (nur bei CD1, CD2 und CSZ) gemäß Heilmittelkatalog Zahnärzte zusammen (z. B. CD1a oder CSZb).

11 Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele

Die Felder für den ICD-10-Code sind vom Vertragszahnarzt nicht auszufüllen. Die Diagnose ist als Freitext anzugeben.

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

Die Therapieziele sind vom Vertragszahnarzt anzugeben, wenn sich diese nicht aus der Angabe der Diagnose und der Leitsymptomatik ergeben.

12 Weitere Hinweise (ggf. Angabe/Begründung zum langfristigen Heilmittelbedarf, Angaben zur Blankoverordnung etc.)

Bei Vorliegen einer **Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Heilmittelbringern („Blankoverordnung“)** ist hier ein entsprechender Vermerk vorzusehen.

Bei Verordnungen aufgrund von Indikationen nach § 125a SGB V kann auf folgende Angaben auf dem Heilmittelvordruck verzichtet werden:

- die Verordnungsmenge (Ziffern 7, 8 und 9),
- das/die Heilmittel gemäß dem Heilmittelkatalog ZÄ (Ziffern 5, 6 und 7),
- die Therapiefrequenz (Angabe auch als Therapiefrequenzspanne möglich) (Ziffern 7, 8 und 9),
- ggf. ergänzende Angaben zum Heilmittel (z. B. „KG-ZNS [Bobath]“ oder „Doppelbehandlung“) (Ziffern 5 und 6)

Die vorgenannten Felder sind dann vom Vertragszahnarzt nicht anzukreuzen oder zu befüllen.

Sollte mit der Heilmittelbehandlung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen begonnen werden können, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Sogenannte „Blankoverordnungen“ sind maximal 16 Wochen ab Verordnungsdatum gültig.

Auf die o. g. Angaben auf dem Heilmittelvordruck ist auch bei Indikationen nach § 125a SGB V nicht zu verzichten, wenn wichtige medizinische Gründe vorliegen, die gegen eine Auswahl der Heilmittel gemäß dem Heilmittelkatalog oder der Dauer und Frequenz der Therapie durch den Therapeuten sprechen. In diesem Fall sind alle Angaben vom Vertragszahnarzt zu tätigen.

Beim Vorliegen eines **langfristigen Heilmittelbedarfes** kann ein entsprechender Vermerk im Feld „Weitere Hinweise“ vorgesehen werden.

Ein langfristiger Heilmittelbedarf liegt vor, wenn sich aus der zahnärztlichen Begründung die Schwere und Langfristigkeit der strukturellen/funktionellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der nachvollziehbare Therapiebedarf des Versicherten ergeben.

Die Krankenkasse entscheidet auf Antrag des Versicherten darüber, ob ein langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V vorliegt und die notwendigen Heilmittel langfristig genehmigt werden können.

Für den Genehmigungsbescheid benötigt die Krankenkasse neben dem Antrag des Versicherten eine Kopie einer gültigen und gemäß § 11 Abs. 1 Satz 2 HeilM-RL ZÄ vollständig ausgefüllten Verordnung des Vertragszahnarztes. Die Originalverordnung bleibt bei dem Versicherten.

Der Vertragszahnarzt kann im Feld „Weitere Hinweise“ entweder die Begründung (ggf. unter Zuhilfenahme eines Beiblattes) vermerken, dass ein Antrag des Versicherten auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfes nach § 7 HeilM-RL ZÄ angezeigt ist oder, dass vom Versicherten bereits eine Genehmigung der Krankenkasse nach § 7 Abs. 2 HeilM-RL ZÄ vorgelegt wurde.

Besonderheit: Verordnung von Doppelbehandlungen

In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann ein vorrangiges Heilmittel auch als zusammenhängende Behandlung (Doppelbehandlung) verordnet werden. Derartige Fallgestaltungen können sich hauptsächlich bei Vorliegen der Diagnosegruppen CD2, ZNSZ und SCZ ergeben. Durch die Verordnung von Doppelbehandlungen erhöht sich die gemäß der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte zulässige Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung sowie die orientierende Behandlungsmenge nicht. Sind als Verordnungs menge bspw. 6 Behandlungseinheiten angegeben, dürfen 3 Doppelbehandlungen à 2 Behandlungseinheiten durchgeführt werden. Je Doppelbehandlung kann in der Physiotherapie maximal ein ergänzendes Heilmittel verordnet werden. Soweit der Vertragszahnarzt die Abgabe in Form einer Doppelbehandlung wünscht, kann er dies im Feld "Weitere Hinweise mittels Freitextangabe deutlich machen (z. B. „als Doppelbehandlung“).

13 IK des Leistungserbringers

Dieses Feld ist ausschließlich für Abrechnungszwecke des Heilmittelleistungserbringers vorgesehen und ist durch den verordnenden Vertragszahnarzt nicht zu befüllen.

Rückseite oder Seite 2 des Vordruckes:

Die Rückseite oder die Seite 2 des Vordruckes ist bei der EDV-mäßigen Erstellung des gesamten Vordruckes ebenfalls vom Vertragszahnarzt zu drucken. Die Rückseite oder Seite 2 ist ausschließlich für Abrechnungszwecke des Heilmittelleistungserbringers vorgesehen und ist vom Vertragszahnarzt nicht auszufüllen.

Protokollnotiz:

Die Partner des Bundesmantelvertrages Zahnärzte sind sich einig, dass in einem weiteren Schritt zeitnah in Verhandlungen über die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben nach § 86 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V respektive der Vorbereitung möglicher Digitalisierungsvorhaben hinsichtlich des Vordruckes 9 „Zahnärztliche Heilmittelverordnung“ eingetreten werden soll. Die Vertragspartner streben in diesem Zusammenhang eine weitgehende Harmonisierung der im zahnärztlichen und im ärztlichen Bereich zu verwendenden Formulare für die Verordnung von Heilmitteln an, unter Berücksichtigung der zwingenden Unterschiede, die sich auf Grundlage der jeweiligen Heilmittel-Richtlinien der zahnärztlichen und der ärztlichen Versorgung ergeben.

C. Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu den Formularen aus dem vertragsärztlichen Bereich, die auch für den vertragszahnärztlichen Bereich anzuwenden sind

Die im Folgenden aufgeführten Formulare aus dem vertragsärztlichen Bereich finden im vertragszahnärztlichen Bereich in der jeweils angegebenen Fassung entsprechende Anwendung. Änderungen der vertragsärztlichen Formulare werden im vertragszahnärztlichen Bereich nur wirksam, wenn der GKV-Spitzenverband und die KZBV dies vereinbaren.

Muster 2 – Verordnung von Krankenhausbehandlung (Stand 19.02.2024)

Allgemeine Hinweise:

1. Die Verordnung von Krankenhausbehandlung darf, von Notfällen abgesehen, nur erfolgen, wenn der behandelnde Vertragszahnarzt festgestellt hat, dass der Zustand des Patienten dies notwendig macht.
2. Vor der Verordnung von Krankenhausbehandlung hat der Vertragszahnarzt alle notwendigen Maßnahmen zu treffen oder zu veranlassen, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst angezeigt und wirtschaftlich sind, um die Einweisung in das Krankenhaus entbehrlich zu machen. Insbesondere soll er prüfen, ob eine ambulante Versorgung zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolgs ausreicht.
3. Nur bei medizinischer Notwendigkeit darf die Verordnung von Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkassen erfolgen. Die Notwendigkeit ist bei der Verordnung zu begründen, wenn sich die Begründung nicht aus dem im Feld „Diagnose“ anzugebenden Befund oder den Symptomen ergibt.
4. Der Vertragszahnarzt füllt zunächst den Teil 2a des Vordrucksatzes vollständig aus. Dabei ist auch darauf zu achten, dass, sofern die Krankenhausbehandlung aufgrund eines Unfalls oder von Unfallfolgen (keine Arbeitsunfälle/Berufskrankheiten) erforderlich wird oder eine Schädigungsfolge (SER) vorliegt, eine entsprechende Kennzeichnung vorgenommen wird, damit die Krankenkassen in der Lage sind, ggf. Kosten gegenüber Dritten geltend zu machen, siehe auch Erläuterungen im Abschnitt A „Allgemeines“ unter Ziffer 7.
5. Bei Aushändigung der Verordnung (Teil 2a) soll der Vertragszahnarzt den Versicherten auf die Genehmigungspflicht durch die Krankenkasse (s. Rückseite des Vordrucks) hinweisen. In Notfällen entfällt die Genehmigungspflicht. Auf Teil 2b hat der Vertragszahnarzt notwendige Informationen für den Krankenhausarzt einzutragen. Dieser Teil ist zusammen mit allen für die stationäre Behandlung bedeutsamen Unterlagen dem Patienten für den Krankenhausarzt mitzugeben.
6. Der Vertragszahnarzt wird im Einzelfall zu entscheiden haben, ob er dem Versicherten neben dem Muster 2a auch Muster 2b offen oder in einem verschlossenen Briefumschlag mitgibt.
7. Neben einer Verordnung von Krankenhausbehandlung ist erforderlichenfalls eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Vordruck e01) auszustellen, und zwar auch dann, wenn der Beginn der Arbeitsunfähigkeit mit dem Tage der Krankenhausaufnahme übereinstimmt.

Besondere Hinweise zur Nutzung des Feldes „Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)“ im Rahmen der Krankenhausbegleitungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (KHB-RL)

Bei Versicherten mit einer Behinderung, die Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen, kann aus medizinischen Gründen die Mitaufnahme einer Begleitperson zu einer stationären Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) erforderlich sein. Der Mitaufnahme gleichgestellt ist eine ganztägige Begleitung. Diese liegt vor, wenn die Zeit der notwendigen Anwesenheit im

Krankenhaus und die Zeiten der An- und Abreise insgesamt acht oder mehr Stunden am Tag umfassen. Wird die Erforderlichkeit im Rahmen einer Krankenhauseinweisung festgestellt, ist dies auf Muster 2b unter „Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)“ zu bescheinigen. Dabei ist mindestens ein medizinisches Kriterium gemäß der Anlage der KHB-RL (siehe unten) oder eine vergleichbare Schädigung oder Beeinträchtigung anzugeben. Die Begleitung darf nur durch eine Angehörige bzw. einen Angehörigen oder eine Person aus dem engsten persönlichen Umfeld erfolgen.

Sofern für die zu begleitende Person bereits eine aktuell gültige formlose Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Mitaufnahme (§ 3 Abs. 2 KHB-RL) vorliegt und die Voraussetzungen weiterhin erfüllt sind, ist auf diese Bescheinigung hinzuweisen. Sollte ein anderes medizinisches Kriterium oder eine vergleichbare Schädigung oder Beeinträchtigung für die Mitaufnahme zur Krankenhausbehandlung maßgeblich sein, ist dieses anzugeben.

Die Krankenhausbegleitungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (KHB-RL) ist zu beachten.

Kriterien der medizinischen Notwendigkeit einer Begleitung im Krankenhaus nach § 44b Abs. 1 Nr. 1 Buchst. a SGB V (Anlage zur KHB-RL)

Fallgruppe	Kriterien
Fallgruppe 1 Begleitung zum Zweck der Verständigung	Erhebliche oder komplette Beeinträchtigung der Kommunikation , insbesondere im Bereich 1. Kommunizieren, Sprechen, nonverbale Mitteilungen, Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken oder 2. der kognitiv-sprachlichen Funktion a) mit mangelnder Fähigkeit, die eigene Symptomatik oder Befindlichkeiten, wie Schmerzen oder Wünsche, deuten, beschreiben oder verstehen zu können oder b) mit mangelnder Fähigkeit, die Informationen und Anweisungen des Behandlungsteams des Krankenhauses wahrnehmen, verstehen oder umsetzen zu können.
Fallgruppe 2 Begleitung zum Zweck der Unterstützung im Umgang mit durch die Krankenhausbehandlung verbundenen Belastungssituationen, insbesondere bei fehlender Kooperations- und Mitwirkungsfähigkeit	Schädigungen globaler oder spezifischer mentaler Funktionen , die sich insbesondere in Form von 1. motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten, 2. eigen- und fremdgefährdendem Verhalten, 3. Abwehr oder Verweigerung pflegerischer und anderer medizinischer Maßnahmen, 4. Wahnvorstellungen, ausgeprägten Ängsten und Zwängen, 5. Antriebslosigkeit somatischer oder psychischer Genese oder 6. sozial inadäquaten Verhaltensweisen in erheblichem Ausmaß äußern.
Fallgruppe 3	Erhebliche Schädigungen oder Beeinträchtigungen, insbesondere

Fallgruppe	Kriterien
Begleitung zum Einbezug in das therapeutische Konzept während der Krankenhausbehandlung oder zur Einweisung in nach der stationären Krankenhausbehandlung weiterhin notwendige Maßnahmen	1. gemäß der Fallgruppen 1 oder 2, 2. neuromuskuloskeletaler und bewegungsbezogener Funktionen, 3. der Atmungsfunktionen oder 4. der Funktion der Nahrungsaufnahme, insbesondere des Schluckens.

Muster 4 – Verordnung einer Krankenförderung (Stand 01.07.2020)

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

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

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

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

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

Muster

Zuzahlungsfrei Krankenkasse bzw. Kostenträger Zuzahlungspflichtig Name, Vorname des Versicherten Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	Verordnung einer Krankenförderung 4 2 Unfall, Unfallfolge 2 Arbeitsunfall, Berufskrankheit 2 Versorgungsleiden (z.B. BVG) 3 Hinfahrt 3 Rückfahrt
--	--

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

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

b) 5 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) 6 anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: 6

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

d) 7 hochfrequente Behandlung
Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie
7 vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)

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

f) 9 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 TTMMJJ / x pro Woche, bis voraussichtlich TTMMJJ

Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art und Ausstattung der Beförderung

11 Taxi/Mietwagen
12 KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen 12
14 RTW 15 NAW/NEF 16 andere

13 Rollstuhl
13 Tragestuhl
13 liegend

4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

17

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)

1 Zuzahlungsfrei bzw. Zuzahlungspflicht

Hier ist anzugeben, ob der Versicherte Zuzahlungen zu leisten hat. Grundsätzlich ist die Krankenförderung 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.

SER – bisher „Versorgungsleiden (z. B. BVG)“ – siehe Erläuterungen in Abschnitt A „Allgemeines“ unter Ziffer 7.

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 Vertragszahnarzt 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 Vertragszahnarzt unter ⑰ bestätigt werden.

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

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

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenförderung zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung oder zur vor- oder nachstationären Behandlung ist ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse zulässig. Bei vorstationären Behandlungen soll der voraussichtliche Beginn der stationären Behandlung unter 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.

Dieser Beförderungsgrund ist für die vertragszahnärztliche Versorgung regelmäßig nicht relevant.

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 genehmigungsfreie 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 Vertragszahnarzt 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 mittels 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 ein Krankentransportwagen erforderlich, ist die Fahrt unter 9 zu verordnen.

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

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

für Fahrten zu anderen stationären Einrichtungen (Hospizen [§ 39a SGB V] und Kurzzeitpflegeeinrichtungen [§ 39c SGB V] als Leistung der Krankenkasse),

- für Fahrten zu einer stationersetzenden 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,
- 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.

Diese Beförderungsgründe sind für die vertragszahnärztliche Versorgung regelmäßig nicht relevant.

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen

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

In Ausnahmefällen kann eine Krankenfahrt zu diesen ambulanten Behandlungen verordnet werden, wenn diese zwingend medizinisch notwendig sind.

Dieser Beförderungsgrund ist für die vertragszahnärztliche Versorgung regelmäßig nicht relevant.

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.

Dieser Beförderungsgrund ist für die vertragszahnärztliche Versorgung regelmäßig nicht relevant.

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. erforderlich)

Andere Gründe als die vorgenannten können die Verordnung einer Krankenförderung 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

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/Vertragszahnarztes oder fachliche Ausrichtung des Vertragszahnarztes) anzugeben.

Ist der Behandlungstag bei genehmigungsfreien Fahrten nicht bekannt, kann im Einzelfall auf die Angabe des Behandlungstages verzichtet werden. 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. Vertragszahnarztpraxis) übernehmen. Wird eine andere Behandlungsmöglichkeit gewählt, hat der Versicherte die anfallenden Mehrkosten ggf. 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 einer Beförderung mittels 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. Notarzteinsatzfahrzeuge (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 die 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,
- 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 stationärsersetzenden 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 Krankentransportverordnung vorgesehenen Angaben sind durch den Transporteur und den Patienten auszufüllen.

Muster 16 – Arzneiverordnungsblatt

Verwendungshinweise

1. Auf dem Arzneiverordnungsblatt können bis zu drei verschiedene Arzneimittel verordnet werden.
2. Betäubungsmittel dürfen auf Grund der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung vom 16. Dezember 1981 nur auf einem dreiteiligen amtlichen Formblatt verordnet werden.
3. Werden für Versicherte, die die Kostenerstattung durch eine gesetzliche Krankenkasse in Anspruch nehmen, Arzneimittel verordnet, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig sind, ist das Muster 16 zu verwenden, die Angabe des Namens der Krankenkasse und das Krankenkassen-IK zu streichen und stattdessen das Wort „Kostenerstattung“ einzutragen.

Für die Verordnung von Arzneimitteln und Maßnahmen, die nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen, darf das Muster 16 nicht verwendet werden.

Ausfüllhinweise

Das Formular ist in mehrere Abschnitte unterteilt. Oben rechts steht 'Freigabe 01.09.2014'. Links oben befindet sich ein Feld für die Krankenkasse oder Kostenträger. Darunter ist ein Feld für Name und Vorname des Versicherten. Rechts daneben sind Felder für die Gebührensituation (Geb. fre. oder Geb. pfl.) und die Art der Verordnung (1. oder 2. Verordnung). In der Mitte befindet sich ein großer Bereich für die Verordnung selbst, bestehend aus mehreren Zeilen für die Angabe von Wirkstoffen, Dosierung und Anwendung. Rechts daneben sind Felder für die Anzahl der Packungen und die Kosten. Unten links befindet sich ein Feld für die Unterschrift des Arztes. Unten rechts ist ein Feld für die Unterschrift der Apotheke. Am unteren Rand sind Felder für die Angabe von Unfall und Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer.

① Gebühr frei bzw. Gebührenpflichtig

Grundsätzlich ist von der Gebührenpflichtigkeit der Verordnung auszugehen und das Feld „Geb.-pfl.“ anzukreuzen.

Das Feld „Gebühr frei“ ist nur anzukreuzen

- bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- bei Verordnungen zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers,

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

② noctu

Wird das Arzneimittel innerhalb der Zeiten gemäß § 6 Arzneimittelpreisverordnung (Notdienst) abgeholt, so hat der Versicherte eine Gebühr zu zahlen, sofern der Vertragszahnarzt nicht einen entsprechenden Vermerk (noctu) anbringt.

③ Sonstige

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

④ Unfall / Arbeitsunfall

Das Feld „Unfall“ ist anzukreuzen, wenn die Verordnung Folge eines Unfalls ist, der kein Arbeitsunfall war.

Das Feld „Arbeitsunfall“ ist anzukreuzen, wenn eine Verordnung zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers ausgestellt wird. In diesem Fall sind neben der Bezeichnung des zuständigen Unfallversicherungsträgers auch Unfalltag und Unfallbetrieb (ggf. Kindergarten, Schule, Hochschule) in den dafür vorgesehenen Feldern anzugeben. Erfolgt die Beschriftung des Versichertenfeldes mittels elektronischer Gesundheitskarte (eGK), so ist unbedingt die Kostenträgerkennung zu streichen.

⑤ SER – bisher „BVG“ – siehe Erläuterungen in Abschnitt A „Allgemeines“ unter Ziffer 7.

⑥ Sprechstundenbedarf

Bei der Verordnung von Arzneimitteln des Sprechstundenbedarfs ist das Feld 9 durch Eintragen der Ziffer 9 zu kennzeichnen.

⑦ Begründungspflicht

Das Feld „Begründungspflicht“ ist mit einer „1“ zu befüllen.

⑧ Abrechnungsfelder Apotheke

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

⑨ aut idem

Der Vertragszahnarzt kann auf dem Verordnungsblatt durch Ankreuzen des Aut-idem-Feldes ausschließen, dass die Apotheke ein preisgünstigeres wirkstoffgleiches Arzneimittel an Stelle des verordneten Mittels abgibt.

Hinweis: Andernfalls kann eine Substitution erfolgen nach den Bestimmungen des zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Deutschen Apothekerverband e.V. getroffenen Rahmenvertrages nach § 129 SGB V in der jeweils geltenden Fassung.

⑩ Verordnungsfeld/Unterschrift

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

Änderungen und Ergänzungen von Verordnungen von Arzneimitteln bedürfen einer erneuten Vertragszahnarztunterschrift mit Datumsangabe.

⑪ Vertragszahnarztstempel

Es ist darauf zu achten, dass der Vertragszahnarztstempel im Verordnungsfeld an der dafür vorgesehenen Stelle abgedruckt wird und eine Überstempelung weder in das darüberliegende noch in das darunterliegende Feld erfolgt, weil sonst eine maschinelle Erfassung dieser Felder nicht möglich ist.

Aus der Verordnung müssen Name, Vorname, Berufsbezeichnung und Anschrift der Praxis der verschreibenden zahnärztlichen Person einschließlich einer Telefonnummer zur Kontaktaufnahme hervorgehen. Dies gilt auch für Verordnungen, die von Berufsausübungsgemeinschaften, medizinischen Versorgungszentren oder Einrichtungen gemäß § 311 Absatz 2 SGB V ausgestellt werden.