

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

einerseits

und

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

andererseits

vereinbaren die nachstehende

Schlussfassung

**15. Änderung
der Vereinbarung über den Einsatz
des Blankoformularbedruckungs-Verfahrens zur Herstellung
und Bedruckung von Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung
vom 1. Oktober 2002**

1 In der Vereinbarung werden folgende Änderungen vorgenommen:

1.1 Inhaltliche Änderungen in Kapitel 1:

1.1.1 Die in Kapitel 1.4 aufgeführte Übersicht wird wie folgt geändert:

Die Zeile Muster 5 wird wie folgt geändert:

Nr.	Formularname	Bemerkungen	Bfb- for- mular	Barcode- Typ
Muster 5/E	Abrechnungsschein ambulante Behandlung, belegärztliche Behandlung, Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie, anerkannte Psychotherapie	Nur bei Anwendung des Ersatzverfahrens	Ja	0

Bei Muster 6 wird der Formularname in „Überweisungsschein“ geändert.

1.2 Inhaltliche Änderungen in Kapitel 2:

1.2.1 Die Nummer 2.5 wird wie folgt geändert:

2.5 Muster 5/E: Abrechnungsschein ambulante Behandlung, belegärztliche Behandlung, Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie, anerkannte Psychotherapie (Stand: 4.2011)

1.2.2 Die Nummern 2.5.1 bis 2.5.4 werden wie folgt eingefügt:

2.5.1 Das Muster 5/E ist in der in Kapitel 2.5.4 abgebildeten Form nur bei Anwendung des Ersatzverfahrens zu verwenden, um die Unterschrift des Patienten bezüglich der im Ersatzverfahren angegebenen Versichertendaten zu dokumentieren. Im Rahmen der Blankoformularbedruckung von Muster 5/E dürfen nur die Daten im Personalfeld und im Feld für den Vertragsarztstempel ausgedruckt werden. Die abrechnungsrelevanten Felder müssen leer bleiben, da das Formular ausschließlich zum Verbleib in der Arztpraxis bestimmt ist. Die Abrechnung muss weiterhin elektronisch erfolgen.

2.5.2 Das Muster 5/E ist auf Sicherheitspapier im DIN A5 Format quer zu erstellen.

2.5.3 Das Muster 5/E enthält keinen Barcode.

2.5.4 Muster 5/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kassen-Nr.</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: center;">Abrechnungsschein</div> <p> <input type="checkbox"/> ambulante Behandlung <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung <input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie <input type="checkbox"/> anerkannte Psychotherapie </p> <p>Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Bei Psychotherapie: Datum des Anerkennungsbescheides _____</p>																																		
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																															
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																																													
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status																																													
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Tag</td> <td style="width: 15%;">Mon.</td> <td style="width: 15%;">Tag</td> <td style="width: 15%;">Mon.</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	Tag	Mon.	Tag	Mon.																																					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"> 05BF Quartal </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> Geschlecht W M </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> Mutmaßlicher Tag der Entbindung _____ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> Stationäre belegärztliche Behandlung von _____ bis _____ Tag Monat Tag Monat </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert. Datum _____ Unterschrift _____ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> Stempel des Vertragsarztes / Therapeuten </td> </tr> </table>	05BF Quartal	Geschlecht W M	Mutmaßlicher Tag der Entbindung _____	Stationäre belegärztliche Behandlung von _____ bis _____ Tag Monat Tag Monat	Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert. Datum _____ Unterschrift _____	Stempel des Vertragsarztes / Therapeuten
Tag	Mon.	Tag	Mon.																																												
05BF Quartal																																															
Geschlecht W M																																															
Mutmaßlicher Tag der Entbindung _____																																															
Stationäre belegärztliche Behandlung von _____ bis _____ Tag Monat Tag Monat																																															
Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert. Datum _____ Unterschrift _____																																															
Stempel des Vertragsarztes / Therapeuten																																															

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufsunfällen und Schülerunfällen

Muster 5/E (4.2011) KBV-PRF.NR.

Dieses Formular wurde mittels Laserdruker in der Arztpraxis erzeugt.

Original: DIN A 5 quer

1.2.4 Die Nummern 2.56, 2.56.6 und 2.56.7 werden wie folgt geändert:

2.56 Muster 56/E: Antrag auf Kostenübernahme von Rehabilitationssport/Funktionstraining (Stand: 7.2011)

2.56.6 Muster 56.1/E

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

Antrag auf Kostenübernahme

56

für Rehabilitationssport

für Funktionstraining

Rehabilitationssport/Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt.

Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining

verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose(n)

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/ Funktionstrainings

<p>Empfohlene Rehabilitationssportart</p> <p><input type="checkbox"/> Gymnastik (auch im Wasser) <input type="checkbox"/> Schwimmen <input type="checkbox"/> Leichtathletik</p> <p><input type="checkbox"/> Bewegungsspiele <input type="checkbox"/> Sonstige _____</p> <p><input type="checkbox"/> Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich</p> <p>Rehabilitationssport ist notwendig für</p> <p><input type="checkbox"/> 50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)</p> <p><input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) nur bei</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asthma bronchiale</td> <td><input type="checkbox"/> Morbus Parkinson</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung erworben</td> <td><input type="checkbox"/> Mukoviszidose</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Chronischer-obstruktiver Lungenkrankheit (COPD)</td> <td><input type="checkbox"/> Multipler Sklerose</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Doppelamputation</td> <td><input type="checkbox"/> Muskeldystrophie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Epilepsie, therapieresistent</td> <td><input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz, terminal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Glasknochen</td> <td><input type="checkbox"/> Organische Hirnschädigung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Infantiler Zerebralparese</td> <td><input type="checkbox"/> Polyneuropathie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom</td> <td><input type="checkbox"/> Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Morbus Bechterew</td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> 28 Übungseinheiten (Richtwert) zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen</p> <p>_____ Übungseinheiten bei Abweichung von oben genannten Richtwerten</p>	<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Morbus Parkinson	<input type="checkbox"/> Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung erworben	<input type="checkbox"/> Mukoviszidose	<input type="checkbox"/> Chronischer-obstruktiver Lungenkrankheit (COPD)	<input type="checkbox"/> Multipler Sklerose	<input type="checkbox"/> Doppelamputation	<input type="checkbox"/> Muskeldystrophie	<input type="checkbox"/> Epilepsie, therapieresistent	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz, terminal	<input type="checkbox"/> Glasknochen	<input type="checkbox"/> Organische Hirnschädigung	<input type="checkbox"/> Infantiler Zerebralparese	<input type="checkbox"/> Polyneuropathie	<input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom	<input type="checkbox"/> Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie)	<input type="checkbox"/> Morbus Bechterew		<p>Empfohlene Funktionstrainingsarten</p> <p><input type="checkbox"/> Trockengymnastik</p> <p><input type="checkbox"/> Wassergymnastik</p> <p>Funktionstraining ist notwendig für</p> <p><input type="checkbox"/> 12 Monate (Richtwert)</p> <p><input type="checkbox"/> 24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität</p> <p><input type="checkbox"/> Fibromyalgie-Synndrome</p> <p><input type="checkbox"/> Kollagenosen</p> <p><input type="checkbox"/> Morbus Bechterew</p> <p><input type="checkbox"/> Osteoporose</p> <p><input type="checkbox"/> Polyarthrosen, schwer</p> <p><input type="checkbox"/> Psoriasis-Arthritis</p> <p><input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis</p>
<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Morbus Parkinson																		
<input type="checkbox"/> Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung erworben	<input type="checkbox"/> Mukoviszidose																		
<input type="checkbox"/> Chronischer-obstruktiver Lungenkrankheit (COPD)	<input type="checkbox"/> Multipler Sklerose																		
<input type="checkbox"/> Doppelamputation	<input type="checkbox"/> Muskeldystrophie																		
<input type="checkbox"/> Epilepsie, therapieresistent	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz, terminal																		
<input type="checkbox"/> Glasknochen	<input type="checkbox"/> Organische Hirnschädigung																		
<input type="checkbox"/> Infantiler Zerebralparese	<input type="checkbox"/> Polyneuropathie																		
<input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom	<input type="checkbox"/> Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie)																		
<input type="checkbox"/> Morbus Bechterew																			

Längere Leistungsdauer, wenn bei kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.

<input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte)	<input type="checkbox"/> 24 Monate (Richtwert)
---	--

Bei weiteren Verordnungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining, warum der Versicherte nicht oder noch nicht in der Lage ist, die erlernten Übungen selbständig und eigenverantwortlich durchzuführen

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

KBV-PRF-NR. Muster 56.1/E (7.2011)

2.56.7 Muster 56.2/E

Name, Vorname des Versicherten	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
--------------------------------	------------	------------------

Rehabilitationssport in Herzgruppen ist notwendig für

90 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte) als Erstversorgung

45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte) bei weiterer Verordnung nur bei Belastbarkeit < 1,4 Watt/kg Körpergewicht

120 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte) bei Kinderherzgruppen

_____ Übungseinheiten bei Abweichung von oben genannten Richtwerten

Längere Leistungsdauer, wenn bei kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.

45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte)

Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen für Rehabilitationssport/Funktionstraining

1 mal 2 mal

3 mal, Begründung _____

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Datum _____

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Antrag auf Kostenübernahme

Rehabilitationssport/Funktionstraining soll bei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werden
Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort

Ich nehme am Rehabilitationssport/ Funktionstraining bereits teil seit (Monat/Jahr) _____ Datum _____

Unterschrift des Versicherten

Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse

Die Kosten werden entsprechend der bestehenden Vereinbarung übernommen zur Durchführung und Finanzierung des

<p><input type="checkbox"/> Rehabilitationssports gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX für</p> <p><input type="checkbox"/> 50 Übungseinheiten / 18 Monate</p> <p><input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten / 36 Monate</p> <p>_____ Übungseinheiten</p> <p><input type="checkbox"/> 90 Übungseinheiten / 24 Monate (Herzgruppen)</p> <p><input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten / 24 Monate (Kinderherzgruppen)</p> <p><input type="checkbox"/> 45 Übungseinheiten / 12 Monate (Herzgruppen)</p>	<p><input type="checkbox"/> Funktionstrainings gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX</p> <p>Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen</p> <p><input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal <input type="checkbox"/> 3 mal</p> <p>für die Dauer von</p> <p><input type="checkbox"/> 12 Monaten</p> <p><input type="checkbox"/> 24 Monaten</p> <p>_____ Monaten</p>
--	---

für den Zeitraum vom _____ längstens bis _____ Datum _____

Diese Erklärung erfolgt unter der Voraussetzung, dass ein Leistungsanspruch gegenüber unserer Krankenkasse weiter besteht _____

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

KBV-PRF NR.
Muster 56.2/E (7.2011)

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift

Original: DIN A4 hoch

Das Inhaltsverzeichnis ändert sich entsprechend.

2 Diese Vereinbarung tritt am 1. Juli 2011 in Kraft.

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

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

Berlin, den 1. Juni 2011