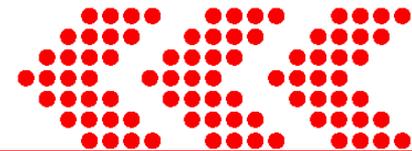
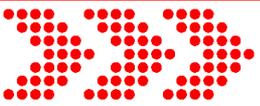


Verordnen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots – (K)ein Buch mit sieben Siegeln!





Gliederung

1. Das Wirtschaftlichkeitsgebot
2. Verordnung von Krankenhausbehandlung
3. Verordnung von Krankenförderung
4. Verordnung von Soziotherapie
5. Verordnung von medizinischer Rehabilitation
6. Informationsquellen



Das Wirtschaftlichkeitsgebot – (kein) Buch mit sieben Siegeln

§ 12 SGB V Wirtschaftlichkeitsgebot

- (1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte **nicht beanspruchen**, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot – (kein) Buch mit sieben Siegeln

§ 12 SGB V Wirtschaftlichkeitsgebot

richtet sich an

- die **Versicherten**,
- die **Leistungserbringer**,
- die **Krankenkassen**.

Und wer trägt die Verantwortung? Und wonach richtet sich, ob eine Leistung wirtschaftlich ausreichend, notwendig, zweckmäßig ist?

Das Wirtschaftlichkeitsgebot – (kein) Buch mit sieben Siegeln

Ausreichend: den Erfordernissen des konkreten Falls entsprechend, allg. anerkannter Stand der medizinischen Erkenntnisse

Zweckmäßig: bezogen auf das konkrete Behandlungsziel geeignet, zweckdienlich

Wirtschaftlich: größtmöglicher Behandlungserfolg mit den geringsten Mitteln

Notwendig: objektiv erforderlich, um das Behandlungsziel zu erreichen

→ Keine abschließende Definition

Das Wirtschaftlichkeitsgebot – (kein) Buch mit sieben Siegeln

...und wie verordnet man dann „wirtschaftlich“?

1. Die verbindlichen **Richtlinien des G-BA** beachten
2. Die Formulare (Verordnungsblätter) korrekt und vollständig ausfüllen
3. Eine Genehmigung der Krankenkasse einholen (lassen)
4. Vollständig dokumentieren

Wirtschaftlich verordnen

1. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss

- beschreiben den Anspruch des Versicherten u. definieren die Leistungspflicht der Krankenkasse,
 - verbindlich für Versicherte, Krankenkassen und Leistungserbringer
- TIPP:** aktuelle Richtlinie lesen
TIPP: Verordnungsberatung der KV Berlin in Anspruch nehmen!

2. Die Formulare (Verordnungsvordrucke)

- verbindlich vereinbart als Anlage 2 zum Bundesmantelvertrag
- Vordrucke sind dort im Detail erläutert

TIPP: Befassen sie sich mit dem Vordruck, lesen Sie die Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung...

Wirtschaftlich verordnen

3. Die Genehmigung

Die (genannten) Verordnungen sind grundsätzlich genehmigungspflichtig!

TIPPs:

- Patienten darauf hinweisen
- keine Leistungen veranlassen, solange keine Genehmigung vorliegt (Beispiel: Bestellen Sie keinen Krankentransport ohne Genehmigung)
- keine Verordnung rückwirkend ausstellen (für bereits ungenehmigt in Anspruch genommene Leistungen)

4. Die Dokumentation

- dokumentieren Sie den Grund für die Verordnung
- Doku. aufbewahren (für Stellungnahme im Prüffall; Prüfantrag kann bis zu 4 Jahre später gestellt werden!)

TIPP: Dokumentation in einem Zug mit der Verordnung; ein vollständig und korrekt ausgefüllter Vordruck ist schon „die halbe Miete“

amb. Behandlungsalternative?

BMV-Ä
(Vordruckerläuterung lesen)

Verbindlichkeit der Richtlinien !

Betrachtung der Kosten

„ambulant vor stationär“

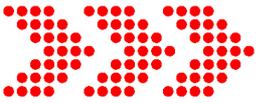
ACHTUNG
Wirtschaftlichkeitsprüfung !!!

Genehmigungspflicht !

Formulare vollständig & korrekt ausfüllen

Abstimmung mit behandelndem Arzt

eigene, vollständige Doku.



...der verbindlichen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

Richtlinie



des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Verordnung von
Krankenhausbehandlung

(Krankenhauseinweisungs-Richtlinie/KE-RL)

in der Neufassung vom 22. Januar 2015
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 29.04.2015 B2
in Kraft getreten am 30. April 2015

Richtlinie



des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Verordnung von Krankenfahrten,
Krankentransportleistungen und
Rettungsfahrten nach § 92 Absatz 1 Satz 2
Nummer 12 SGB V

(Krankentransport-Richtlinie)

in der Fassung vom 22. Januar 2004
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 18 (S. 1 342) vom 28. Januar 2004
in Kraft getreten am 1. Januar 2004

Richtlinie



des Gemeinsamen Bundesausschusses
über Leistungen zur medizinischen
Rehabilitation

(Rehabilitations-Richtlinie)

in der Fassung vom 16. März 2004
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 63 (S. 6 769) vom 31. März 2004
in Kraft getreten am 1. April 2004

zuletzt geändert am 16. März 2017
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 08.06.2017 B1
in Kraft getreten am 9. Juni 2017

Richtlinie



des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Durchführung von Soziotherapie in der
vertragsärztlichen Versorgung

(Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL)

in der Neufassung vom 22. Januar 2015
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 14.04.2015 B5
in Kraft getreten am 15. April 2015

zuletzt geändert am 16. März 2017
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 07.06.2017 B3
in Kraft getreten am 8. Juni 2017

Verordnung von Krankenhausbehandlung gemäß Richtlinie, wenn

- Grundsatz: ambulant vor stationär
- amb. Behandlung nicht ausreichend, keine amb. Weiterbehandlung zielführend wäre
- VO nur, wenn Sie sich vom Zustand des Patienten überzeugt haben (auch im Notfall!)
- möglichst die 2 nächstgelegenen geeigneten KH nennen!

! Verordnung ist grundsätzlich genehmigungspflichtig !

Richtlinie



des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Verordnung von
Krankenhausbehandlung

(Krankenhauseinweisungs-Richtlinie/KE-RL)

in der Neufassung vom 22. Januar 2015
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 29.04.2015 B2
in Kraft getreten am 30. April 2015

zuletzt geändert am 16. März 2017
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 07.06.2017 B2
in Kraft getreten am 8. Juni 2017

Verordnung von Krankenhausbehandlung gemäß Richtlinie, wenn

Indikationsbereiche:

- depressive Episoden, Persönlichkeitsstörungen usw. o.
- organisch emotional labile Störungen (F06.6) o. organisch amnestisches Syndrom (F04), ohne gesonderte Abstimmung mit dem behandelnden Arzt verordnet werden !
- VO bei Diagnosen des V. Kapitels ICD-10-GM 2017 (F00-F97), wenn mit behandelndem Arzt abgestimmt !

Richtlinie



des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Verordnung von
Krankenhausbehandlung

(Krankenhauseinweisungs-Richtlinie/KE-RL)

Richtlinie



des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Durchführung der Psychotherapie

(Psychotherapie-Richtlinie)

Richtlinie



des Gemeinsamen Bundesausschusses
zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
der vertragsärztlichen Versorgung

(Richtlinie Methoden vertragsärztliche
Versorgung)

In der Fassung vom 17. Januar 2006
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006 Nr. 48 (S. 1 523)
in Kraft getreten am 1. April 2006

zuletzt geändert am 15. Juni 2017
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 29.08.2017 B5)
in Kraft getreten am 30. August 2017

Formulare für die Verordnung von Krankenhausbehandlung Muster 2

Freigabe 01.09.2014

Verordnung von Krankenhausbehandlung 2
(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)

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

Diagnose

Belegarztbehandlung Notfall

Unfall, Unfallfolgen Versorgungsleiden (BVG)

Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Bitte die Rückseite beachten! Muster 2a (10.2014)

- Muster 2 für die VO von KH-Behandlung (gemäß Anlage 2 BMV-Ä)
- Hauptdiagnose, Nebendiagnose und Gründe für stat. Behandlung
- ggf. 2 nächstgelegene, geeignete KH eintragen
- Seite 1 (2a) erhält der Pat. zur Vorlage bei der KK (Genehmigung)

Formulare für die Verordnung von Krankenhausbehandlung Muster 2

Freigabe 01.09.2014

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

Verordnung von Krankenhausbehandlung 2
(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)

Belegarztbehandlung Notfall
 Unfall, Unfallfolgen Versorgungsleiden (BVG)

Nächstreichbare, geeignete Krankenhäuser

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Bitte die Rückseite beachten! *Muster 2a (10.2014)*

- Patienten auf die Genehmigungspflicht der Verordnung durch die KK hinweisen

Die Kostenverpflichtungserklärung gegenüber dem Krankenhaus bleibt der Krankenkasse vorbehalten; deshalb bitte diese Verordnung vor Aufsuchen des Krankenhauses der zuständigen Krankenkasse vorlegen.

Geschieht das nicht, so kann die Kostenübernahme durch die Krankenkasse abgelehnt werden; es sei denn, es liegt ein Notfall vor, und ein Leistungsanspruch besteht.

Rückseite Seite 1 (2a)

Freigabe 01.09.2014

Vom Krankenhaus auszufüllen:

Krankenhausaufnahme erfolgt(e) am _____

Stempel des Krankenhauses und Unterschrift

Verbindliches Muster

Verordnen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots

Freigabe 01.09.2014

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

Verordnung von Krankenhausbehandlung 2
(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)

Belegarztbehandlung Notfall

Unfall, Unfallfolgen Versorgungsleiden (BVG)

Nächst erreichbare, geeignete Krankenhäuser

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Bitte dem Patienten gesondert mitgeben!

Untersuchungsergebnisse _____

Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation) _____

Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie) _____

Mitgegebene Befunde _____

Ausfertigung für den Krankenhausarzt! Vertraulich!

Muster 2b (10.2014)

Seite 2 (2b) Muster 2 Verordnung von Krankenhausbehandlung:

- auf Seite 2 (2b) Untersuchungsergebnisse, Behandlungsmaßnahmen für den weiterbehandelnden Arzt eintragen
- Gültigkeit der VO bis Abschluss stat. Behandlung
- erneute Überprüfung der Notwendigkeit der VO bei längerem Abstand zw. VO und stat. Behandlung

Verordnen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots

Freigabe 01.09.2014

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Diagnose		
Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser		
<input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung		
<input type="checkbox"/> Notfall		
<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen		
<input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (EVG)		
Verbindliches Muster		
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes		

Seite 3 (2c) Muster 2 „Verordnung von Krankenhausbehandlung“:

- verbleibt beim verordnenden Arzt für die Dokumentation

Für den Krankenhausarzt! Vertraulich!

Untersuchungsergebnisse
Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation)
Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)
Mitgegebene Befunde

Ausfertigung für den überweisenden Arzt

Muster 2c (10.2014)

Verordnung von Krankenförderung gemäß Richtlinie nur, wenn

- im Zusammenhang mit psychotherapeutischer Leistung steht, med. notwendig ist und
 - wenn Pat. nicht in der Lage selbst zum Ort der Behandlung zu kommen (ÖPNV/PKW), aber: s.u.
 - Fahrten zur stat. Behandlung (beachte Vorauss. Zur VO von KH-Beh.), aber nicht zur Reha!
- Fahrten zur amb. Behandlung nur in Ausnahmefällen
 - Pat. Mit Schwerbehindertenausweis „aG“, „Bl“ o. „H“
 - Pflegegrad 4 oder 5 sowie 3 mit festgestellter dauerhafter Mobilitätseinschränkung

! Verordnung ist genehmigungspflichtig !

Fax-Service der KK auf der Homepage der KV-Berlin

Richtlinie



des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Verordnung von Krankenfahrten,
Krankentransportleistungen und
Rettungsfahrten nach § 92 Absatz 1 Satz 2
Nummer 12 SGB V

(Krankentransport-Richtlinie)

in der Fassung vom 22. Januar 2004
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 18 (S. 1 342) vom 28. Januar 2004
in Kraft getreten am 1. Januar 2004

zuletzt geändert am 16. März 2017
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 26.05.2017 B3 vom 26. Mai 2017
in Kraft getreten am 27. Mai 2017

Auswahl des Beförderungsmittels für den Krankentransport

BEACHTE:

Gesundheitszustand des Patienten, medizinische Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeitsgebot,

Krankenfahrten

- PKW, Mietwagen, Taxi, zu Fuß oder ÖPNV
- keine med.-fachliche-Betreuung



Krankentransporte

- KTW
- bedarf med.-fachl. Betreuung o. Sonderausstattung des Fahrzeugs



Rettungsfahrten

- RTW, NAW, NEF u. RTH
- in Notfällen



Verordnung einer Krankenförderung auf Muster 4

1. Hauptleistung. Hauptleistung

A) im Krankenhaus?

C) Ausnahme amb. Behandlung?
(hochfrequente Behandlung,
dauerhafte Mobilitätseinschränkung)

2. Auswahl des Beförderungsmittels

- schriftlich begründen, ggf. ICD-10-GM
- Medizinisch-technische Ausstattung o. med-fachliche Betreuung auswählen
- Hin- und Rückweg? Wartezeit? Gruppe?

Freigabe 01.09.2014

Verordnung einer Krankenförderung 4

Mitteilung von Krankheiten und dritterverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 294a SGB V

Unfall, Unfallfolgen Arbeitsunfall, Berufskrankheit Versorgungsleiden (BVG u.a.) sonstiger Schaden

1. Hauptleistung

A) im Krankenhaus

Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär

B) ambulante Operation Datum:

ambulante Operation gem. § 115b SGB V Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation

C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen) beim Vertragsarzt im Krankenhaus sonstige

Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V:

Hochfrequente Behandlung

gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie) vergleichbarer Ausnahmefall wegen

Dauerhafte Mobilitätseinschränkung

Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10)

voraussichtliche Behandlungsfrequenz: X pro Woche über Monate voraussichtliche Behandlungsdauer:

ggf. Zeitraum der Serienverordnung:

2. Beförderungsmittel Taxi, Mietwagen Kranken-transportwagen Rettungs- wagen Notarzt- wagen andere

Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10)

Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich: nein Trage- stuhl Nicht umsetzbar aus Rollstuhl liegend andere

Von Nach Wohnung Arztpraxis Krankenhaus andere Beförderungswege

Hinfahrt Rückfahrt ja, folgende:

Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig:

Wartezeit (Dauer):

Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer):

Verbindliches Muster

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes
Muster 4 (10.2014)

Verordnung von Soziotherapie gemäß Richtlinie setzt ...

▪ Voraussetzung:

- Genehmigung der KV Berlin („Antrag auf Abrechnungsgenehmigung zur Verordnung von Soziotherapie“) sowie
- Erklärung über die Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder in vergleichbaren Versorgungsstrukturen

▪ Leistungsinhalt:

- die **Indikationsstellung**, die **Kontrolle** des Ablaufs und des Erfolgs sowie
- die Durchführung von notwendigen fachlichen Korrekturen des soziotherapeutischen Behandlungsplans (in Zusammenarbeit mit dem Soziotherapeuten u. Patienten)

! Soziotherapie ist Genehmigungspflichtig !

Richtlinie



des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Durchführung von Soziotherapie in der
vertragsärztlichen Versorgung

(Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL)

in der Neufassung vom 22. Januar 2015
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 14.04.2015 B5
in Kraft getreten am 15. April 2015

zuletzt geändert am 16. März 2017
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 07.06.2017 B3
in Kraft getreten am 8. Juni 2017

Verordnung von Soziotherapie gemäß Richtlinie richtet sich an...

...Pat mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen und dadurch bedingte Beeinträchtigung der Aktivitäten aus:

- dem **schizophrenen Formenkreis** (ICD-10: F20 20.6, F21, F22, F24, F25) o. d. Gruppe d. **affektiven Störungen mit psychotischen Symptomen** (ICD-10: F31.5, F32.3, F33.3) o. auch
- in begründeten Einzelfällen bei ICD-Codes Kapitel V F00– F99 verordnungsfähig z. B. stark eingeschränkten Fähigkeiten u. weiteren Co-Morbiditäten
- Beeinträchtigung lt. Schweregrad GAF-Skala (Grenzwerte beachten)

Richtlinie



des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Durchführung von Soziotherapie in der
vertragsärztlichen Versorgung

(Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL)

in der Neufassung vom 22. Januar 2015
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 14.04.2015 B5
in Kraft getreten am 15. April 2015

zuletzt geändert am 16. März 2017
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 07.06.2017 B3
in Kraft getreten am 8. Juni 2017

<small>Krankenkasse bzw. Kostenträger</small>	Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V	26
<small>Name, Vorname des Versicherten</small>	gen. am	
<small>Gesamtsatznummer</small>	<small>Versicherten-Nr.</small>	<small>Status</small>
<small>Berufskategorie-Nr.</small>	<small>Sozial-Nr.</small>	<small>Datum</small>

Diagnose (ICD-10-Code) _____

Schweregrad (lt. GAF-SKALA) _____

Erkrankung besteht seit (falls bekannt) **TTMMJJ**

Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen _____

Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF < 40

Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen _____

Angaben des Versicherten	Angaben des nächsten Angehörigen
<small>Strasse</small>	<small>Name</small>
PLZ _____ Ort _____	Strasse _____
Telefonnummer _____	PLZ _____ Ort _____
<small>Wohnort (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familienheim, in Einrichtung)</small>	Telefonnummer _____
Angaben zum Betreuer	<small>Name</small>
Würde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Strasse _____
Wenn ja, für welche Angelegenheiten?	PLZ _____ Ort _____
	Telefonnummer _____

<small>Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten</small>	<small>Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten</small>
<small>Voraussichtliche Dauer der Therapie</small>	<small>Bereits durchgeführte Leistungen</small>

Prognose _____

Krankenausbehandlung wird vermieden wird verkürzt ist nicht ausführbar

Begründung _____

Der sozialtherapeutische Betreuungsperson ist beigefügt!

Für das Ausstellen der Erstverordnung ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig.
Für das Ausstellen der Folgeverordnung ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.

Diese Ausfertigung bitte zusammen mit dem sozialtherapeutischen Betreuungsgutachten der Krankenkasse vorlegen!

Datum **TTMMJJ**

Weggegeben/abgesetzt / Unfallschicht des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 26a (10/2017)

Verordnung von Soziotherapie Muster 26:

- KH-Behandlung zu verkürzen, zu vermeiden o. wenn diese nicht ausführbar ist
- Diagnose als ICD-10-GM-Code
- Erkrankungsdauer
- Schweregrad lt. GAF-Skala u.
- Einzel o. Gruppentherapie
- max. 30 Therapieeinheiten (1 Einheit = 60 Min.)
- max. 120 Stunden in 3 Jahren
- Mindestmaß Belastbarkeit, Kommunikationsfähigkeit u. Motivation (Absprachen einhalten)
- Art u. Ausprägung Fähigkeitsstörung (sowie Co Morbiditäten sofern VO im begr. Einzelfall)
- Angaben des Versicherten/Angehörigen

! Siehe § 5 der Richtlinie !

Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V 26

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Name, Vorname des Versicherten geb. am

Krankenkassennummer Versicherten-Nr. Status

Arbeitsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Diagnose (ICD-10-Code) _____
Schweregrad (i. GAF SKALA) _____
Erkrankung besteht seit (falls bekannt) **T T M M J J**

Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen _____
Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F30 bis F39 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF < 40
Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen _____

Angaben des Versicherten
Straße _____
PLZ _____ Ort _____
Telefonnummer _____
Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familienheim, Pflegeeinrichtung) _____

Angaben des nächsten Angehörigen
Name _____
Straße _____
PLZ _____ Ort _____
Telefonnummer _____

Angaben zum Betreuer
Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja
Wenn ja, für welche Angelegenheiten? _____
Name _____
Straße _____
PLZ _____ Ort _____
Telefonnummer _____

Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten _____ Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten _____
Voraussichtliche Dauer der Therapie _____ Bereits durchgeführte Leistungen _____

Prognose _____

Krankenhausbehandlung wird vermieden wird verkürzt ist nicht ausführbar
Begründung _____

Der soziotherapeutische Behandlungsplan ist beigelegt!
Für das Ausstellen der Erstverordnung ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig.
Für das Ausstellen der Folgeverordnung ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.

Diese Ausfertigung bitte zusammen mit dem soziotherapeutischen Behandlungsplan der Krankenkasse vorlegen
Datum **T T M M J J**
Vertragparadenummer / Leistungsfall oder Anzahl _____

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 26a (10/2017)

Verordnung von Soziotherapie Muster 26:

- bereits durchgeführte Leistungen
- Prognose
- 2 Durchschläge:
 - Original zur Ausfertigung an die KK,
 - 1. Durchschlag für soziotherapeutischen Leistungserbringer u.
 - 2. Durchschlag verbleibt beim Arzt
- Muster 26 + Soziotherapeutischen Behandlungsplan (Muster 27) der KK zur Genehmigung vorlegen
 - spätestens am 3. Arbeitstag nach der Verordnung
 - bis Entscheidung = Kostenübernahme

! Siehe § 5 der Richtlinie !

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerart Versicherung-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Soziotherapeutischer Betreuungsplan 27
gem. § 37a SGB V
(als Anlage zur Verordnung und zur Weiterleitung an die Krankenkasse)

IK des Leistungserbringers

Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)

Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen

Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum

Ausstellungsdatum

Datum Unterschrift des Therapeuten

Datum Unterschrift des Patienten

Original bitte zusammen mit der Verordnung der Krankenkasse vorlegen

Vertragstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 27a (10.2014)

Soziotherapeutischer Betreuungsplan Muster 27:

- Ergebnis eines Abstimmungsprozesses zw. verordnendem Vertragspsychotherapeuten, Soziotherapeuten u. Patient.
- Betreuungsplan ist Basis der Therapie
- Nahziele, Fernziele, Nah- und Fernziele
- Maßnahmen
- Beratung, Planung und Anpassung des Betreuungsplans in regelmäßigen Abständen (Therapieverlauf u. -ziele)

Verordnung medizinischer Rehabilitation gemäß Richtlinie, wenn ...

Richtlinie



des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Durchführung der Psychotherapie

(Psychotherapie-Richtlinie)

Richtlinie



des Gemeinsamen Bundesausschusses
zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
der vertragsärztlichen Versorgung

(Richtlinie Methoden vertragsärztliche
Versorgung)

Richtlinie



des Gemeinsamen Bundesausschusses
über Leistungen zur medizinischen
Rehabilitation

(Rehabilitations-Richtlinie)

in der Fassung vom 16. März 2004
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 63 (S. 6 769) vom 31. März 2004
in Kraft getreten am 1. April 2004

zuletzt geändert am 16. März 2017
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 08.06.2017 B1
in Kraft getreten am 9. Juni 2017

- Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie (z. B. depressive Episoden, Angststörungen),
- Indikationen zur neuropsychologischen Therapie (z. B. organische emotional labile Störung (F06.6) o. das organische amnestische Syndrom (F04) vorliegen, ohne gesonderte Abstimmung mit dem behandelnden Arzt verordnet werden !
- Diagnosen des V. Kapitels „Psychische und Verhaltensstörungen“ ICD-10-GM 2017 (F00-F97) vorliegen und mit behandelndem Arzt abgestimmt !
- weitere ärztlicher Informationen (relevante Diagnosen, Behandlung) vorliegen
- Kenntnisse über ICF

! Genehmigungspflicht !

Verordnung medizinischer Rehabilitation:

Freigabe 25.11.2015

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

61 Teil A

Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse

ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits- oder nach vorübergehende Beeinträchtigungen der Fähigkeit am Leben zu leben in der oder drohend kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Minderdeutlich ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbstätigkeit, grundsätzlich die Zuständigkeit der Bundesversicherung. Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben. Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte MUR Muster 61 Teil B-D

Freigabe 25.11.2015

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

61 Teil B

Die k

G. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Te

Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidung treffen)

Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)

Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgerätee benutzen können)

Mobilität

Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl

Stehen / Gehen

Treppenaufgange

Sonstige

Selbstversorgung

Essen / Trinken

An- / Auskleiden

Freigabe 25.11.2015

61 Teil C

61 Teil D

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit ja nein

IV. Rehabilitationsziele

A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine positive Prognose für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

ja eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage)

Verfahren:

- Beratungsgespräch → med. Reha. notwendig/Zustimmung? → Verordnung med. Reha. Muster 61 B-D
- Beratungsbedarf durch KK? o. Rehabilitationsträger unklar? → ausfüllen Muster 61 A
- ausgefüllte Muster 61 A-D oder B-D an die KK zur Leistungsentscheidung senden

III. Im Original zurück an den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen)

Rentenversicherung (wennzugtue)

Sonstiges

D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten bitte einzelne

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

nein ja, welche?

F. Andere Maßnahmen (z. B. Gesundheits-, Patienten- oder Selbsthilfungsangeboten)

Ausfertigung für die Krankenkasse

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

Bewegungsmangel Fehlfähigkeit Übergewicht Unterernährung, Alkohol

B. Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

ja nein

C. Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

ja nein

D. Reisefähigkeit

öffentliche Verkehrsmittel PKW erforderlich Begleitperson erforderlich

E. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft)

F. Rückruf erbeten unter

Verbindliches Muster

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung (Teil B-D) ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum

Muster 61 Teil D (4-2019)

Verordnen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots

Freigabe 25.11.2015

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

61 Teil A Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse
 Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen (z. B. bei Alterserleitern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter) ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbstätigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung.
 Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.
Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-D ausfüllen.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

* Seitenlokalisierung
 R = rechts
 L = links
 B = beidseits

** Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn einer der folgenden Ursachen zutrifft)
 1 = Arbeitsunfall einschlt. Wegunfall
 2 = Berufskrankheit
 3 = Schädigungsfolge durch Einwirkung Dritter (z. B. Unfallfolgen)
 4 = Folgen von Kriegs-, Zivl- oder Wehrdienst
 5 = Maligne/chronische Erkrankung (z. B. HIV)

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

Beratung der/des Versicherten
 Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.
 Eine Beratung der/des Versicherten über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) ist angezeigt.

Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers
 Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.
 Eine medizinische Rehabilitation ist erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbstätigkeit besteht oder droht. Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.

ggf. weitere Anmerkungen des Vertragsarztes

Datum

TTMMJJ

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

III. Im Original zurück an den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

- Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen)
- Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)
- Sonstiges

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Muster 61 Teil Aa (4.2016)

Muster 61 Teil A Beratung med. Reha./Prüfung des Rehabilitationsträgers:

- I. Hauptdiagnosen und Nebendiagnosen mit ICD-10-Code angeben (Freitext möglich)
- II. bei Beratungsbedarf durch KK o. RV ankreuzen o. Prüfung des Rehabilitationsträgers ankreuzen
- III. wird durch KK ausgefüllt und zurückgeschickt

Verordnen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots

Freigabe 25.11.2015

Verordnung von medizinischer Rehabilitation 61 Teil B
Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit

Bei gleichrangiger Zuständigkeit
 (z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)

Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen	Diagnosenschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____

* Seitenlokalisierung
 R = rechts
 L = links
 B = beidseits

** Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)
 1 = Arbeitsunfall östsch. Wegestfall
 2 = Berufskrankheit
 3 = Schädigungsfolge durch Einwirkel-Dritter (z. B. Unfallfolgen)
 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
 6 = Medizinische Erkrankung (z. B. IBSG)

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf)

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Barthel/Frühreha-Barthel)

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie

D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten (bitte einzelne Maßnahmen angeben)

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel
 nein ja, welche? _____

F. Andere Maßnahmen (z. B. Gesundheits-, Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten)

Verbindliches Muster

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 01 Teil B (4.2015)

Verordnung med. Rehabilitation Muster 61 Teil B

- Bestätigung /Ankreuzen keine Minderung /Gefährdung der Erwerbsfähigkeit o. wenn Pat. Reha. wünscht
- I. Haupt – und Nebendiagnosen (ICD-10 GM)
- II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit (Anamnese, Schädigungen u. Befunde, bisherige Behandlung, weitere Maßnahmen)

Verordnen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots

Freigabe 25.11.2015

Name, Vorname des Versicherten: _____ Kostenträgerkennung: _____ Versicherten-Nr.: _____ **61 Teil C**

G. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	<input type="checkbox"/>			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen / Gehen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung	<input type="checkbox"/>			
Essen / Trinken		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben teilnehmen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. Kontextfaktoren

1. **Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende umwelt- und personbezogene Faktoren**
 (z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung(sbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

2. **Risikofaktoren oder Gefährdung durch**

Bewegungsmangel Fehlhaltung Übergewicht Untergewicht Medikamente Nikotin

Sonstiges (z. B. ungesunde Ernährung, Alkohol) _____

Verbindliches Muster

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil C (4.2016)

Verordnung med. Rehabilitation Muster 61 Teil C

- Fortsetzung der Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit:
 - Umfang der Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen,
 - beeinflussende Kontextfaktoren (Umwelt, Person) der Funktionsfähigkeit (positiv/negativ und Risikofaktoren)

Verordnen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots

Name, Vorname des Versicherten **Freigabe 25.11.2015** Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. **61 Teil D**

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit ja nein

IV. Rehabilitationsziele

A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

ja eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationstage)

VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Rehabilitationsform

ambulant ambulant-mobil stationär
 Mütter-Leistung Väter-Leistung als Mutter-Kind-Leistung als Vater-Kind-Leistung

B. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)

nein ja, welche?

VII. Sonstige Angaben

A. Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund

neuer Indikation Verschlimmerung bei gleicher Indikation

B. Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

ja nein

C. Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

ja nein

D. Reisefähigkeit

öffentliche Verkehrsmittel PKW erforderlich Begleitperson erforderlich

E. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft)

F. Rückruf erbeten unter

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung (Teil B-D) ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum

TTMMJJ

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 61 Teil Dc (4.2019)

Verordnung med. Rehabilitation Muster 61 Teil D

- III. Rehabilitationsfähigkeit
- IV. Rehabilitationsziele
- V. Rehabilitationsprognose (Wahrscheinlichkeit des Erfolgs)
- VI. Empfehlung der Rehabilitationsformen
- VII. Rehalleistungen vor Ablauf (4 Jahre) der Wartefrist?

Informationsquellen:

Homepages:

- der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) → www.kbv.de → Service für die Praxis → Rechtsquellen → Bundesmantelvertrag (z. B. Vordruckmustersammlungen, Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung)
 - (Muster-Formulare)
 - Anlage 2 Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung (Vordruckmustersammlung, Erläuterungen zur Vordruckmustersammlung) oder
 - Service für die Praxis → Verordnungen (Thema auswählen)

- der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KVBerlin) → www.kvberlin.de → Für die Praxis → [Verordnungen](#) oder → [Themen A bis Z](#) oder → [Wirtschaftlichkeitsprüfung](#)

- des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) → www.g-ba.de → Richtlinien (auswählen)

Ansprechpartner Kassenärztliche Vereinigung Berlin:

E-Mail: Verordnung@kvberlin.de

Telefon: 31003-290

(Sekretariat der Vertragsabteilung, Gruppe Verordnung und Wirtschaftlichkeit)

