

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

- einerseits -

und

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

- andererseits -

vereinbaren Folgendes:

17. Änderung
der Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungs-
Verfahrens zur Herstellung und Bedruckung von Vordrucken
für die vertragsärztliche Versorgung vom 1. Oktober 2014
(Anlage 2a BMV-Ä)

Artikel 1

1. In der Übersicht in Kapitel 1.4 ändert sich der Eintrag zu Muster 1/E zum 01.01.2021 wie folgt:

”

Muster 1a/E	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	Für den Versicherten	Ja	0
Muster 1b/E	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	Für den Arbeitgeber	Ja	0

”

2. In der Übersicht in Kapitel 1.4 wird der Eintrag zu Muster 1/E zum 01.01.2022 gestrichen:

”

Muster 1/E	unbesetzt			
------------	-----------	--	--	--

”

3. Die Nummern 2.1 bis 2.1.11 ändern sich zum 01.01.2021 wie folgt:

„2.1 Muster 1/E: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
(Stand: 01.01.2021)

2.1.1 Für die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit sind die Muster 1a/E bis 1b/E gemäß der in Kapitel 2.1.8 bis 2.1.9 abgebildeten Form zu verwenden.

2.1.2 Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung umfasst zwei Seiten:

Muster 1a/E: Ausfertigung für den Versicherten

Muster 1b/E: Ausfertigung für den Arbeitgeber

- 2.1.3 Die Muster 1a/E bis 1.b/E sind auf Sicherheitspapier im DIN A5 Format hoch zu erstellen.
- 2.1.4 unbesetzt
- 2.1.5 Die Muster 1a/E bis 1b/E werden nicht mit einem Barcode versehen.
- 2.1.6 unbesetzt
- 2.1.7 unbesetzt
- 2.1.8 Muster 1a/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr> <tr><td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td style="text-align: right;">geb. am</td></tr> <tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr> <tr><td>Betriebsstätten-Nr.</td><td>Arzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr> </table> <p> <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen </p> <p> arbeitsunfähig seit _____ voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit _____ festgestellt am _____ </p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;">Ausfertigung für Versicherte</p>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h3 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung</h3> <p> <input type="checkbox"/> Erstbescheinigung <input type="checkbox"/> Folgebescheinigung </p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; margin-top: 20px;"></div> <p style="font-size: small; text-align: center;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														
<p>AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code</td> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code</td> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ICD-10 - Code</td> <td>ICD-10 - Code</td> <td>ICD-10 - Code</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p> <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG) </p> <p>Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten</p> <p> <input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation <input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung <input type="checkbox"/> Sonstige _____ </p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p> Im Krankengeldfall <input type="checkbox"/> ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall <input type="checkbox"/> Endbescheinigung </p> <p style="font-size: x-small;"> Hinweis für Versicherte zum Kranken- und Verletztengeld Achten Sie bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit auf eine lückenlose ärztliche Feststellung, da sonst ein Krankengeldverlust droht. Hierfür ist es erforderlich, dass Sie sich spätestens am dem Werktag, der auf den letzten Tag der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung folgt, bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin die fortbestehende Arbeitsunfähigkeit bestätigen lassen. Legen Sie immer Ihre aktuell gültige Versichertenkarte vor, um Probleme bei der Zahlung von Kranken- oder Verletztengeld zu vermeiden. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse. </p> </div> <p style="font-size: x-small; text-align: right;"> PPF NR Muster 1a/E (1.2021) </p>		ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	_____	_____	_____	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	_____	_____	_____			
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code														
_____	_____	_____														
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code														
_____	_____	_____														

Original: DIN A5 hoch

2.1.9 Muster 1b/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		<input type="checkbox"/> Erstbescheinigung
		<input type="checkbox"/> Folgebescheinigung
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Der angegebenen Krankenkasse wird unverzüglich eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Angaben über die Diagnose sowie die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit übersandt.
Arzt-Nr.	Datum	
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Arbeitsunfall- folgen, Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen	<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>
arbeitsunfähig seit	_____	
voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit	_____	
festgestellt am	_____	
Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber		
		PRE.NR. Muster 1b/E (1.2021)

Original: DIN A5 hoch

2.1.10 unbesetzt

2.1.11 unbesetzt“

4. Die Nummern 2.1 bis 2.1.11 werden zum 01.01.2022 gestrichen: ¹

5. Die Nummern 2.4 und 2.4.7 werden wie folgt geändert:

„2.4 Muster 4/E:

Verordnung einer Krankenförderung

(Stand: 07.2020)

2.4.7 Muster 4/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenrückerstattung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Verordnung einer 4 Krankenförderung

Unfall, Unfallfolge

Arbeitsunfall, Berufskrankheit

Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Hinfahrt Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

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

b) ambulante Behandlung bei Merkezeichen „aG“, „B“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen (Fahrt mit KTW ist unter f) zu vermeiden)

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

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (jeor Fahrtenbit der Krankenkasse vorzulegen)

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

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

f) anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 2. und ggf. 4. erforderlich)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am _____ / _____ x pro Woche, bis voraussichtlich _____

Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art und Ausstattung der Beförderung

Taxi/Mietwagen Rollstuhl

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

liegend

RTW NAW/NEF andere

4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwere nicht transport. Wertesatz, Gemächtsfahrlehr, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von zur Wohnung stattfindet)

Vertragsbeispiel / Unterschrift des Arztes

Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!

Bestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

Datum	Fahrtstrecke (von ... nach)	Hin-fahrt	Rück-fahrt	Unterschrift des Versicherten
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bestätigung des Transporteurs

Die Krankenförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbelegausweis für den Zeitraum der Krankenförderung wurde vorgelegt.

(Die Angabe ist nicht bei Rufwagenfahrten zum Krankenhaus erforderlich)

nein ja Datum _____

Doppel/Unterschrift des Transporteurs

Abrechnungsdaten des Transporteurs

IK des Transporteurs Belegnummer Gesamt-Brutto

Rechnungsnummer Zuzahlung

Positionsnummer Anzahl km Positionsnummer Anzahl km

Der Barcode enthält keine auf den Formular nicht lesbaren Daten. PRENRL Muster 4/E (7.2020)

Original: DIN A 4 quer

¹ Das Inhaltsverzeichnis ändert sich entsprechend.

Artikel 2

Inkrafttreten

Die Änderungen zu Muster 4 treten zum 01.07.2020 in Kraft.

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

Berlin, den 30.04.2020

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

GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin