

Rechnungskürzungen konsequent vermeiden

Wie Du in Deiner Praxis
erfolgreich Regressprophylaxe
umsetzt



Kürzungen durch GKV-Kassen zu vermeiden, gelingt durch geregelte Verantwortlichkeiten

▪ Grundsätzliche Spielregeln

- Die Prüfung von Muster 13 auf Gültigkeit ist für alle Rezeptionsfachkräfte und Therapeutinnen und Therapeuten eine gut lösbare Aufgabe.
- Wer z. B. eine Arztunterschrift übersieht, begeht kein Kavaliersdelikt, sondern schadet der Praxis und muss sich um eine schnelle Behebung des Schadens selbst kümmern.
- Bei Absetzungen, für die die Praxis der GKV einen Grund geliefert hat, beklagt sich das Praxisteam nicht über die Kasse.

▪ Geregelte Abläufe

- Ihr wollt in der Praxis zu Behandlungsbeginn immer eine gültige Verordnung vorliegen haben.
- Therapeutinnen und Therapeuten sowie Rezeptionsfachkräfte wissen, wie und in welcher Form sie Änderungen auf Muster 13 umsetzen.

▪ Klare Vereinbarungen

- Absetzungen werden systematisch ausgewertet: Welche Absetzungen hätten vermieden werden können? Wie können sie in Zukunft vermieden werden?
- Es geht nicht um Schuldfragen, sondern um die Verhinderung von zukünftigen Absetzungen.

- Es gibt viele Praxen, die praktisch keine Kürzungen haben.
- In diesen Praxen sind entscheidende Punkte gut und einheitlich organisiert. Es gibt
 - grundsätzliche Spielregeln
 - geregelte Abläufe
 - klare Vereinbarungen
- Mindset: Wer sich den Krankenkassen nicht ausgeliefert fühlt, hat automatisch weniger Absetzungen.

Spickzettel VO-Check: In 3 Schritten zum Behandlungsstart

Bei der Verordnungsprüfung geht es nicht nur um die Vollständigkeit, sondern auch um den richtigen Ablauf:

- **Schritt 1:**
Kann die Behandlung sofort beginnen?
- **Schritt 2:**
Stimmt die Höchstmenge je Verordnung?
- **Optional Schritt 3:**
Extrabudgetäre Verordnung?

Spickzettel Verordnungs-Check 11_2021 Aktualisierte Prüfungskriterien für den schnellen Check von Muster 13

Mit der neuen Heilmittelverordnung Muster 13 ist die lästige Prüfpflicht auf Vollständigkeit und Gültigkeit einfacher geworden. Normalerweise erledigt das der Praxiscomputer. Aber manchmal will man auch einfach schnell händisch prüfen. Dafür haben wir diesen Spickzettel für den VO-Check in der Version 04_2021 aktualisiert. Damit bleibt die Prüfung an der Rezeption Ihrer Praxis ein Kinderspiel.

Schritt 1 | Kann die Behandlung sofort beginnen?
Die Behandlung kann auch bei unvollständigen oder fehlerhaften Verordnungen begonnen werden, wenn das richtige Formular verwendet wurde (blaues Muster 13 bzw. Ausdruck auf rosa Blankopapier) und die nachfolgenden Angaben auf der Verordnung stehen:

- Angaben im Personalienfeld (Patient, Krankenkasse und Arzt müssen eindeutig identifizierbar sein)
- Diagnose (mindestens eine behandlungsbegründende Diagnose, egal ob nur als Freitext, nur als ICD-10-Code oder sowohl ICD-10-Code als auch Freitext)
- Der Rahmenvertrag Logopädie verlangt zusätzlich die Diagnosegruppe vor Behandlungsbeginn.
- mindestens ein konkretes Heilmittel (Ihre Praxis muss die Zulassung für das verordnete Heilmittel haben)
- Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes (Stempeldaten können auch durch Computeraufdruck auf der Verordnung stehen)

Fehlen Angaben oder sind Angaben falsch, so können diese noch bis zum Tag der ersten Behandlung vom Arzt (auch per Fax) ergänzt/korrigiert werden. **Aufpassen:** Das Änderungsdatum darf nicht später als der erste Behandlungstermin sein. Sind die Angaben vollständig und richtig, kann die Behandlung begonnen werden.

Schritt 2 | Stimmt die Höchstmenge je Verordnung?
Die Behandlungsmenge darf für normale Verordnungen die in der Diagnosegruppe des Heilmittelkatalogs angegebene zulässige Höchstmenge je Verordnung nicht überschreiten. Dabei gilt für den ganzen Heilmittelkatalog:

- Physiotherapie: max. 6 bzw. 10 Behandlungseinheiten je Verordnung
- Podologie: max. 6 Behandlungseinheiten je Verordnung
- Logopädie: max. 10 bzw. 20 Behandlungseinheiten je Verordnung
- Ergotherapie: max. 10 bzw. 20 Behandlungseinheiten je Verordnung
- Ernährungstherapie: siehe Schritt 3

Hat der Arzt die Höchstmenge der Behandlungseinheiten für die Verordnung nicht überschritten, können die verordneten Leistungen erbracht werden. Im Verlauf der Behandlung müssen jetzt sonstige notwendige Ergänzungen und Korrekturen bis spätestens zur Abrechnung erledigt werden. Hat der Arzt die Höchstmenge je Verordnung überschritten, müssen Sie jetzt noch in Schritt drei prüfen, ob Sie diese zusätzlichen Behandlungseinheiten möglicherweise doch erbringen und abrechnen dürfen.

Schritt 3 | Handelt es sich um eine extrabudgetäre, längerfristige (12-Wochen) Verordnung?
Liegt bei dem Patienten ein langfristiger Behandlungsbedarf (LHB) oder ein besonderer Verordnungsbedarf (BVB) vor, kann der Arzt Behandlungseinheiten über die Höchstmenge je Verordnung hinaus verordnen – und zwar für einen Zeitraum von zwölf Wochen. Daher müssen in diesem Schritt drei Punkte geprüft werden:

a) Steht die behandlungsbegründende Diagnose der jeweiligen Verordnung auf der Diagnoseliste des LHB (Anlage 2 Heilm-RL) oder auf der Diagnoseliste des BVB?
Ein Blick in die verordnete Diagnosegruppe des HMK reicht. Einige Patienten haben einen individuellen langfristigen Heilmittelbedarf genehmigt bekommen. Auch dann liegt ein LHB vor. Steht die Diagnose für diese Diagnosegruppe nicht in einer der beiden extrabudgetären Listen oder liegt kein individueller LHB vor, muss die Höchstverordnungs menge gem. Diagnosegruppe (siehe Schritt 2) eingehalten werden.

Haben Sie die Diagnose in einer der beiden extrabudgetären Listen der verordneten Diagnosegruppe gefunden, steht der nächste Punkt zur Prüfung an.

b) Einige, jedoch nicht alle extrabudgetären Diagnosen werden durch zusätzliche Hinweise in ihrer Gültigkeit eingeschränkt. Für die Gültigkeitsprüfung der Heilmittelpraxis ist an dieser Stelle nur die Prüfung der Altersgrenze (z. B. älter als 70 oder jünger als zwölf Jahre) entscheidend. Diese Altersgrenzen können von Ihnen überprüft werden, da Geburtsdatum und Ausstellungsdatum der Verordnung eine Prüfung erlauben. Hinweise zur Diagnostik (z. B. ab 50* nach Cobb) oder zum Akutereignis (z. B. längstens 6 Monate nach Akutereignis) müssen vom Heilmittelbringer nicht geprüft werden.

Stimmen Alter und sonstige Einschränkungen, müssen Sie nur noch den letzten Punkt prüfen.

c) Die Behandlungseinheiten sollen in einem Zeitraum von zwölf Wochen erbracht werden können. Dazu rechnet man die Anzahl der Behandlungseinheiten geteilt durch die Obergrenze der Frequenzspanne. Das Ergebnis sollte kleiner oder gleich zwölf sein. Ist das Ergebnis Ihrer Prüfung größer als zwölf können Sie nach Rücksprache mit dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift auf der Rückseite der Verordnung die Frequenzspanne anpassen.

Für alle Fälle, bei denen die Höchstverordnungs menge überschritten worden ist, gilt, dass eine Änderung der Menge nicht notwendig ist. Die zu viel verordneten Behandlungseinheiten verfallen einfach. Darüber sollte der Arzt jedoch informiert werden, damit er seine Budgetbuchhaltung entsprechend korrigieren kann.

Aufpassen: Behandlungen über die zulässige Höchstverordnungs menge je Verordnung oder bei extrabudgetären Verordnungen über die kalkulatorische Zwölf-Wochen-Frist hinaus, werden von den Kassen nicht bezahlt. [10]

Spickzettel Verordnungs-Check 11_2021

Aktualisierte Prüfungskriterien für den schnellen Check von Muster 13

Mit der neuen Heilmittelverordnung Muster 13 ist die lästige Prüfpflicht auf Vollständigkeit und Gültigkeit einfacher geworden. Normalerweise erledigt das der Praxiscomputer. Aber manchmal will man auch einfach schnell händisch prüfen. Dafür haben wir diesen Spickzettel für den VO-Check in der Version 04_2021 aktualisiert. Damit bleibt die Prüfung an der Rezeption Ihrer Praxis ein Kinderspiel.

Schritt 1 | Kann die Behandlung sofort beginnen?

Die Behandlung kann auch bei unvollständigen oder fehlerhaften Verordnungen begonnen werden, wenn das richtige Formular verwendet wurde (blaues Muster 13 bzw. Ausdruck auf rosa Blankopapier) und die nachfolgenden Angaben auf der Verordnung stehen:

- Angaben im Personalienfeld (Patient, Krankenkasse und Arzt müssen eindeutig identifizierbar sein)
- Diagnose (mindestens eine behandlungsbegründende Diagnose, egal ob nur als Freitext, nur als ICD-10-Code oder sowohl ICD-10-Code als auch Freitext)
- Der Rahmenvertrag Logopädie verlangt zusätzlich die Diagnosegruppe vor Behandlungsbeginn.
- mindestens ein konkretes Heilmittel (Ihre Praxis muss die Zulassung für das verordnete Heilmittel haben)
- Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes (Stempeldaten können auch durch Computeraufdruck auf der Verordnung stehen)

Fehlen Angaben oder sind Angaben falsch, so können diese noch bis zum Tag der ersten Behandlung vom Arzt (auch per Fax) ergänzt/korrigiert werden. Aufpassen: Das Änderungsdatum darf nicht später als der erste Behandlungstermin sein. Sind die Angaben vollständig und richtig, kann die Behandlung begonnen werden.

Schritt 2 | Stimmt die Höchstmenge je Verordnung?

Die Behandlungsmenge darf für normale Verordnungen die in der Diagnosegruppe des Heilmittelkatalogs angegebene zulässige Höchstmenge je Verordnung nicht überschreiten. Dabei gilt für den ganzen Heilmittelkatalog:

- Physiotherapie: max. 6 bzw. 10 Behandlungseinheiten je Verordnung
- Podologie: max. 6 Behandlungseinheiten je Verordnung
- Logopädie: max. 10 bzw. 20 Behandlungseinheiten je Verordnung
- Ergotherapie: max. 10 bzw. 20 Behandlungseinheiten je Verordnung
- Ernährungstherapie: siehe Schritt 3

Hat der Arzt die Höchstmenge der Behandlungseinheiten für die Verordnung nicht überschritten, können die verordneten Leistungen erbracht werden. Im Verlauf der Behandlung müssen jetzt sonstige notwendige Ergänzungen und Korrekturen bis spätestens zur Abrechnung erledigt werden.

Hat der Arzt die Höchstmenge je Verordnung überschritten, müssen Sie jetzt noch in Schritt drei prüfen, ob Sie diese zusätzlichen Behandlungseinheiten möglicherweise doch erbringen und abrechnen dürfen.

2. Erkrankungen des Patienten

2.1 ZNS und Rückenmark

Diagnosegruppe ZN

1 Diagnosegruppe identifizieren

ZNS-Erkrankungen einschließen z. B.

- prä-, peri-, postnatale Schädigungen (z. B. infantile Zerebralparese)
- Fehlbildungssyndrome (z. B. Myelocoele, Spina bifida)
- zerebrale Ischämie, Blutungen, Hypoxie (z. B. P20.-), Tumoren
- Schädelhirn- und Rückenmarkserkrankungen
- Meningoenzephalitis (A80.-)

Weitere beispielhafte Diagnosen: A39.-; B90.-; B91; B94.-; C7 bis G26*; G35.- bis G37.-; G160.- bis I69.-; M30.-; M31; Q07.-; Q76.-; Q90.- bis Q93; T09.-; T90.-

Hinweis: Die hier abgebildeten Diagnosen sind beispielhaft.

1a Optional: VO extrabudgetäre Verordnungen

Extrabudgetäre Verordnungen

Vereinbarte Diagnosen für Extrabudgetäre Verordnungen: E74.0; E75.0; E76.0; F64.0; G80.0 bis 4/8/9; G82.0- bis 004.0 bis 6/8/9; Q05.0 bis 090.0 bis 2/9; Q91.0 bis 7/9

Besonderer Verordnungsbedarf

B94.1*; C70.0/1/9*; C71.0 bis 9*; C72.0 bis 5/8/9*; F83¹⁰; G10; G11.0 bis 4/8/9; G20.1-; G21.3; G21.4; G21.8; G35.0; G35.1-; G35.2-; G35.3-; G35.9; G36.0; G36.1; G36.8; G36.9; G37.0 bis 5/8/9; G70.0; G81.0; G81.1; I60.0 bis 9*; I61.0 bis 6/8/9*; I63.0 bis 6/8/9*; I64*⁹; I69.0 bis 4/8*; M30.0; M31.3; M33.0; M33.1; M33.2; M47.0-⁹ i.V.m. G99.2; M47.1-⁹ i.V.m. G99.2; M47.2-⁹ i.V.m. G55.2; M47.9-⁹ i.V.m. G99.2; M47.9-⁹ i.V.m. G55.2; M48.0-⁹ i.V.m. G55.3; M50.0⁹ i.V.m. G99.2; M50.1⁹ i.V.m. G55.1; M51.0⁹ i.V.m. G99.2; M51.1⁹ i.V.m. G55.1; S14.0⁹; S14.1-⁹; S14.2⁹ bis 6⁹; S24.0⁹; S24.1-⁹; S24.2⁹ bis 6⁹; S34.0⁹; S34.1-⁹; S34.2⁹; S34.3-⁹; S34.4⁹; S34.5/6/8⁹; T09.3⁹

Diagnosen für Blankoverordnungen: Details voraussichtlich ab März 2021

32 Legende zu den verwendeten Hochzahlen, siehe Seite 52

Heilmittelverordnung 13

Zuzahlungsfrei: Krankenkasse bzw. Kostenträger: 01
Techniker Krankenkasse

Zuzahlungspflicht: Name, Vorname des Versicherten: Benjamin Müller
geb. am: 09.12.60
Musterstraße 42
D 24111 Kiel

Unfallfolgen

BVG: Kostenträgerkennung: 101377508
Versicherten-Nr.: K746928527
Status: 1000000
Betriebsstätten-Nr.: 019964200
Arzt-Nr.: 366719610
Datum: 07.01.2021

Behandlungsrelevante Diagnose(n)
ICD-10 - Code: I64
Schlaganfall am 12.11.2020

Diagnosegruppe: ZN
Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog: a b c
Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben): Schädigung/Störung der Muskelfunktion
patientenindividuelle Leitsymptomatik:

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten
KG-ZNS als Doppelbehandlung	120

Ergänzendes Heilmittel

Therapiebericht: ja nein
Hausbesuch: ja nein
Therapiefrequenz: 1-5x wöchentlich

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen:

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

366719610 019964200
Dr. med. Stefan Bringhaus
Neurologe
Dümmelsbeker Weg 30, 24300 Kiel
Tel. 334408 Fax 334409
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (10.2020)

⁹ = längstens 1 Jahr nach Akutereignis (nicht prüfungsrelevant)

Besonderheit Doppelbehandlung: Bei Heilmitteln, die als Doppelbehandlung verordnet worden sind, werden zwei Behandlungen im zeitlichen Zusammenhang erbracht. Die Berechnung der Zwölf-Wochen-Frist muss das berücksichtigen. In diesem Fall müssen die 120 Behandlungseinheiten wegen Doppelbehandlung durch 2 geteilt werden. Das Ergebnis, nämlich 60 Behandlungstermine, wird geteilt durch die Obergrenze der Frequenzspanne, hier 5. Das Ergebnis 12 bedeutet: Die Verordnung kann innerhalb von zwölf Wochen abgearbeitet werden.

Schritt 3 | Handelt es sich um eine extrabudgetäre, längerfristige (12-Wochen) Verordnung?

Liegt bei dem Patienten ein langfristiger Behandlungsbedarf (LHB) oder ein besonderer Verordnungsbedarf (BVB) vor, kann der Arzt Behandlungseinheiten über die Höchstmenge je Verordnung hinaus verordnen – und zwar für einen Zeitraum von zwölf Wochen. Daher müssen in diesem Schritt drei Punkte geprüft werden:

- a) Steht die behandlungsbegründende Diagnose der jeweiligen Verordnung auf der Diagnoseliste des LHB (Anlage 2 HeilM-RL) oder auf der Diagnoseliste des BVB?
- Ein Blick in die verordnete Diagnosegruppe des HMK reicht. Einige Patienten haben einen individuellen langfristigen Heilmittelbedarf genehmigt bekommen. Auch dann liegt ein LHB vor. Steht die Diagnose für diese Diagnosegruppe nicht in einer der beiden extrabudgetären Listen oder liegt kein individueller LHB vor, muss die Höchstverordnungsmenge gem. Diagnosegruppe (siehe Schritt 2) eingehalten werden.

Haben Sie die Diagnose in einer der beiden extrabudgetären Listen der verordneten Diagnosegruppe gefunden, steht der nächste Punkt zur Prüfung an.

- b) Einige, jedoch nicht alle extrabudgetären Diagnosen werden durch zusätzliche Hinweise in ihrer Gültigkeit eingeschränkt. Für die Gültigkeitsprüfung der Heilmittelpraxis ist an dieser Stelle nur die Prüfung der Altersgrenze (z. B. älter als 70 oder jünger als zwölf Jahre) entscheidend. Diese Altersgrenzen können von Ihnen überprüft werden, da Geburtsdatum und Ausstellungsdatum der Verordnung eine Prüfung erlauben. Hinweise zur Diagnostik (z. B. ab 50° nach Cobb) oder zum Akutereignis (z. B. längstens 6 Monate nach Akutereignis) müssen vom Heilmittelbringer nicht geprüft werden.

Stimmen Alter und sonstige Einschränkungen, müssen Sie nur noch den letzten Punkt prüfen.


- c) Die Behandlungseinheiten sollen in einem Zeitraum von zwölf Wochen erbracht werden können. Dazu rechnet man die Anzahl der Behandlungseinheiten geteilt durch die Obergrenze der Frequenzspanne. Das Ergebnis sollte kleiner oder gleich zwölf sein. Ist das Ergebnis Ihrer Prüfung größer als zwölf können Sie nach Rücksprache mit dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift auf der Rückseite der Verordnung die Frequenzspanne anpassen.

Für alle Fälle, bei denen die Höchstverordnungsmenge überschritten worden ist, gilt, dass eine Änderung der Menge nicht notwendig ist. Die zu viel verordneten Behandlungseinheiten verfallen einfach. Darüber sollte der Arzt jedoch informiert werden, damit er seine Budgetbuchhaltung entsprechend korrigieren kann.

Aufpassen: Behandlungen über die zulässige Höchstverordnungsmenge je Verordnung oder bei extrabudgetären Verordnungen über die kalkulatorische Zwölf-Wochen-Frist hinaus, werden von den Kassen nicht bezahlt. ■ [bu]

Verträge liefern Spickzettel zum VO-Check


The screenshot shows the GKV-Heilmittel-Informationsportal website. The header includes the GKV HEILMITTEL logo, a search bar, and navigation links like 'STARTSEITE' and 'Drucken'. The main content area is titled 'Verträge nach § 125 Abs. 1 SGB V' and contains a paragraph explaining that the GKV-Spitzenverband has concluded a binding contract with health insurance companies and professional associations of healers. Below this, there are links to PDF documents: 'Übergreifender Fragen-Antwort-Katalog zum Übergang von Verordnungsmuster 13/14/18 auf das neue Muster 13 (PDF, 85 KB)' and 'Beispiel Beiblatt Empfangsbestätigung (PDF, 31 KB)'. A sidebar on the left lists categories like 'Ergotherapie', 'Ernährungstherapie', 'Physiotherapie', 'Podologie', and 'Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie'.

 **Anlage 3: Notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung (PDF, 639 KB)**

 **Anlage 3a: notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung (Ärzte) (PDF, 726 KB)**

 **Anlage 3b: notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung (Zahnärzte) (PDF, 1,2 MB)**

 **Anlage 3: Notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung (PDF, 504 KB)**

 **Anlage 3a: Notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung (PDF, 953 KB)**

 **Anlage 3b: Notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung (Zahnärzte) (PDF, 1,2 MB)**

Mehr Freiraum für Therapeuten bei der Behandlung

- Die Heilmittel-Richtlinie hat mit der Anlage 3 den groben Rahmen für Änderungen einer Heilmittelverordnung vorgegeben.
- Durch die bundeseinheitlichen Versorgungsverträge sind diese Änderungsmöglichkeiten konkretisiert.
- Die jeweiligen Änderungsmöglichkeiten sind in Anlage 3(a) der Versorgungsverträge vereinbart.
- Damit können Therapeutinnen und Therapeuten ihre Therapie besser auf die jeweiligen Ziele anpassen.

Angabe auf der Verordnung	Änderung nur mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe	Änderung nur im Einvernehmen mit Arzt ohne erneute Arztunterschrift	Änderung nach Information an Arzt ohne erneute Arztunterschrift
a. Personalienfeld (fehlt, unvollständig oder unplausibel)	x		
b. Heilmittelbereich			x
c. Hausbesuch bei Änderung auf „ja“	x		
d. Therapiebericht		x	
e. Kennzeichnung eines dringlichen Behandlungsbedarfs	x		
f. Anzahl d. Behandlungseinheiten	fehlt x bei Überschreitung der zulässigen Höchstmenge je VO		
g. Heilmittel gemäß dem Katalog	fehlt oder nach Diagnosegruppe nicht verordnungsfähig	x	
	bei Änderung von Einzel- auf Gruppentherapie (§ 16 Absatz 6 Satz 2)		x
	bei Änderung von Gruppen- auf Einzeltherapie (§ 16 Absatz 6 Satz 1)		x
h. gegebenenfalls ergänzende Angaben zum Heilmittel		x	
i. Therapiefrequenz (Angabe auch als Frequenzspanne möglich) [entfällt für Ernährungstherapie]		x	
j. Diagnosegruppe	x		
k. konkrete(n) behandlungs-relevante(n) [...] Diagnose(n)	x		
l. Leitsymptomatik nach HeiM-Katalog (buchstabencodiert oder Klartext) [...]		x	

Das können Therapeuten jetzt während der Behandlung verändern

- Heilmittelbereich selbstständig korrigieren
- Leitsymptomatik korrigieren, anpassen oder ergänzen
- Therapiefrequenz an die Belastungsfähigkeit der Patientin/des Patienten anpassen
- verschiedene vorrangige Heilmittel sinnvoll kombinieren
- Einzel- und Gruppentherapie sinnvoll zur Motivation der Patientinnen und Patienten nutzen
- Einzel- und Gruppentherapie geschickt zur Absageprophylaxe einsetzen
- ergänzende Angaben zum Heilmittel an die Therapie anpassen und in der Ergotherapie sogar ergänzen
- Therapiepausen gezielt einsetzen

Änderung des Heilmittelbereichs

Art der Angabe:	Pflichtangabe gemäß HeilM-RL
Erläuterung:	Angabe des jeweiligen Heilmittelbereichs (mehr als ein Kreuz darf nicht gesetzt werden)
Korrekturmöglichkeit:	Korrektur durch die Therapeutin/den Therapeuten selbst ohne RS möglich, da sich der richtige Fachbereich aus der Diagnosegruppe ergibt. Arztpraxis muss über Änderung informiert werden.
Podo/Logo/Physiotherapie:	Optionale Angabe – keine Korrektur erforderlich, aber Information an die Arztpraxis
Quellen:	Erläuterung zu Anlage 2 BMV-Ä, Anlage 3 HeilM-RL Anlagen 3(a) des Versorgungsvertrags Podologie, Logopädie, Physio- und Ergotherapie

Heilmittelverordnung 13

- Physiotherapie
- Podologische Therapie
- Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
- Ergotherapie
- Ernährungstherapie

Änderung der Leitsymptomatik

Art der Angabe:	Pflichtangabe
Erläuterung:	Mindestens eine buchstabencodierte Leitsymptomatik muss auf der VO angegeben sein. Es gilt: Mindestens ein Kreuz muss es sein, es können auch mehrere oder alle Buchstaben angekreuzt sein. Wenn eine patientenindividuelle Leitsymptomatik angekreuzt ist, muss das freitextlich erläutert sein.
Korrekturmöglichkeit:	Fehlt die Leitsymptomatik oder ist sie erkennbar falsch, kann sie im Einvernehmen mit der Ärztin/dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift auf der Vorderseite der Verordnung nachgetragen werden: Datum, Unterschrift bzw. Handzeichen sowie Kürzel LE
Quellen:	Anlage 3 HeilM-RL § 7 Abs. 1 HeilM-RL , § 13 Abs. 2 HeilM-RL

Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10 - Code	
M19.91	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Schulterregion
Diagnosegruppe EX	Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog <input checked="" type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c patientenindividuelle Leitsymptomatik <input type="checkbox"/>
<small>Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)</small>	
Schädigung/Störung der Gelenkfunktion	

Hinweis: Die Leitsymptomatik kann sich im Verlauf eines Verordnungsfalls ändern.

Regelungen für den Heilmittelbereich zum Übergang von Muster 13/14/18 auf das neue Muster 13 ab dem 01.01.2021

Stand 03.02.2021

Dieser FAK regelt vor allem Fragen, die sich aus dem Übergang „neue Heilmittel-Richtlinie – alte Verträge“ ergeben. Die hier gegebenen Informationen können durch den Abschluss der aktuell noch offenen Verträge nach § 125 SGB V obsolet werden.

Der GKV-Spitzenverband aktualisiert diesen Fragen-Antworten-Katalog regelmäßig.

Verordnungsformular		
		Partiellpsychologie & Ernährungstherapie nicht relevant.
6.	Die Software der Ärzte fügt automatisch eine Beschreibung der ausgewählten Leitsymptomatik a/b/c in das Freitextfeld für die patientenindividuelle Leitsymptomatik ein. Muss dies korrigiert werden, da das Freitextfeld der Leitsymptomatik nur für die Beschreibung einer patientenindividuellen Leitsymptomatik vorgesehen ist?	<p>Entscheidend ist, dass eine Leitsymptomatik auf der VO angegeben ist. Dabei können ein/mehrere Ankreuzfelder angekreuzt werden oder eine Leitsymptomatik nur schriftlich angegeben sein oder Ankreuzfelder und schriftliche Angaben kombiniert werden.</p> <p>Ist das Feld [x] patientenindividuelle Leitsymptomatik angekreuzt, muss eine schriftliche Leitsymptomatik angegeben sein.</p>

Sinnvolle Therapiefrequenzen anwenden

- **Frequenzempfehlung:** Es gibt keine verbindlichen Vorgaben für Ärztinnen und Ärzte für die Therapiefrequenz.
- Alle denkbaren Frequenzen sind möglich, also z. B. auch 1-2x pro Monat.
- Verordnung ist zunächst für Therapeutinnen und Therapeuten verbindlich.

Frequenzempfehlung: 1 - 3 x wöchentlich

Frequenzempfehlung: 1 - 3 x wöchentlich

Frequenzempfehlung: alle 4 bis 6 Wochen

Therapiefrequenz ändern

- **Physio / Logo / Podo**

Änderungen der Frequenzspanne sind im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt möglich und werden durch den LE auf der Rückseite des Verordnungsvordrucks an der dafür vorgesehenen Stelle mit dem Namenskürzel des abgebenden Leistungserbringers und dem Datum vermerkt.

- **Ergo**

Änderung erfolgt auf der Vorderseite der Verordnung an der vorgesehenen Stelle mit Unterschrift und Datum des Leistungserbringers.

Nach Rücksprache mit dem Arzt *am 8.1.2021*

Abweichung von der Frequenz

Änderung in Gruppentherapie Einzeltherapie

New: 1-5x Woche

8.1.2021/Bu

Stempel/Unterschrift

Nach Rücksprache mit dem Zahnarzt *am 8.01.2021*

Abweichung von der Frequenz

New: 1-2 x monatlich

8.01.2021 / Bu

Therapiefrequenz

Fragen-Antworten-Katalog Physiotherapie

Stand: 24.11.2021

Der Fragen-Antworten-Katalog wurde überarbeitet und ergänzt. Bitte beachten Sie die neue Nummerierung der Fragen.

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
61	Therapiefrequenz Anlage 3a Ziffer 5 lit. i)/ Anlage 3b Ziffer 5 lit. g)	Kann die Therapiefrequenz auf der Vorderseite der Verordnung geändert werden?	Nein, Änderungen der Frequenz oder Frequenzspanne sind im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt möglich und müssen durch den Leistungserbringer auf der Rückseite des Verordnungsvordrucks an der dafür vorgesehenen Stelle durch Setzen des Kreuzes vermerkt werden. Eine Korrektur muss vor Einreichen der Abrechnung erfolgt sein. Eine Ergänzung oder Korrektur der Therapiefrequenz auf der Vorderseite der Verordnung darf nur durch die Ärztin oder den Arzt vorgenommen werden.

Anlage 3: notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V für Ergotherapie

Änderungen der Frequenz oder Frequenzspanne sind im Einvernehmen mit der oder dem Verordnenden möglich und müssen durch die oder den Leistungserbringenden auf der Vorderseite des Verordnungsvordrucks an der dafür vorgesehenen Stelle mit Unterschrift und Datumsangabe vermerkt werden. Durch eine Änderung der Frequenz oder Frequenzspanne verändert sich die Gesamtanzahl der Behandlungseinheiten nicht. Dies gilt auch für Verordnungen gem. § 7 Absatz 6 Heilm-RL.

Verschiedene vorrangige Heilmittel kombinieren

- In der Physio- und Ergotherapie können bis zu 3 verschiedene vorrangige Heilmittel verordnet werden.
- In der Logopädie können verschiedene Behandlungszeiten oder Einzel- und Gruppenbehandlungen miteinander kombiniert werden.
- Der Leistungserbringer entscheidet über die Einsatzreihenfolge der verordneten Heilmittel.

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges Heilmittel	Behandlungseinheiten
Stimmtherapie-30	6
Stimmtherapie-45	4

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges Heilmittel	Behandlungseinheiten
Stimmtherapie-30	5
Stimmtherapie-45	2
Stimmtherapie-Gruppe-90	3

Reihenfolge ist bei Kombinationen offen

4 Menge und Frequenz festlegen

Höchstmenge je VO¹⁵: bis zu 6 x / VO

Beispiel Physiotherapie

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	
Heilmittel	Behandlungseinheiten
KG	30
KG-Gerät	20
MT	10
Ergänzendes Heilmittel	

Therapiebericht
 Hausbesuch ja nein
 Therapiefrequenz

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	
Heilmittel	Behandlungseinheiten
KG	6

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	
Heilmittel	Behandlungseinheiten
KG	3
KG-Gerät	3

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	
Heilmittel	Behandlungseinheiten
KG	3
KG-Gerät	2
MT	1

Einzel- und Gruppentherapie frei wechseln

- Wechsel von Einzel- in Gruppentherapie möglich (nach Rücksprache mit Ärztin/Arzt)
- Wechsel von Gruppen- in Einzeltherapie möglich (ohne Rücksprache mit Ärztin/Arzt)
- auch für einzelne Einheiten nutzbar
- Mehrfacher Wechsel zwischen Einzel- und Gruppentherapie innerhalb einer VO ist zulässig.
- Dokumentation erfolgt auf der Rückseite der Verordnung an der vorgesehenen Stelle.
- [Anlage 3 HeilM-RL, § 16 Abs. 6](#) und [§ 12 Abs. 2 HeilM-RL, Anlage 3\(a\) Versorgungsverträge](#)

§ 16 Durchführung der Heilmittelbehandlung

(6) ¹Hat die Verordnerin oder der Verordner Gruppentherapie verordnet und kann die Maßnahme aus Gründen, die sie oder er nicht zu verantworten hat, nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat die Therapeutin oder der Therapeut die Verordnerin oder den Verordner zu informieren und die Änderung auf dem Verordnungsvordruck zu begründen. ²Kommt die Therapeutin oder der Therapeut im Laufe der Therapie zu der Einschätzung, dass anstatt der verordneten Einzeltherapien einzelne Behandlungseinheiten in Form von Gruppentherapien durchgeführt werden sollten, ist dies nach Zustimmung der Versicherten oder des Versicherten und im Einvernehmen mit der Verordnerin oder dem Verordner möglich. ³Die einvernehmliche Änderung ist von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.

Quelle: Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung in Kraft getreten am 22. Januar 2022

Wechsel von Einzel- in Gruppentherapie

- Eine Änderung von Einzel- auf Gruppentherapie ist laut HeilM-RL mit Zustimmung der oder des Versicherten und im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt möglich.
- Das gilt auch dann, wenn sich dadurch die Therapieminuten ändern.
- Leistungserbringer dokumentieren es nach der Rücksprache mit der Arztpraxis auf der Verordnungsrückseite an der dafür vorgesehenen Stelle.

Datum der
Rücksprache
mit dem Arzt



Nach Rücksprache mit dem Arzt *am 8.1.2021*

Abweichung
von der Frequenz

Änderung in

Gruppen-
therapie

Einzel-
therapie

Wechsel von Gruppen- in Einzeltherapie

- Eine Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie ist gemäß HeilM-RL möglich.
- Das gilt auch dann, wenn sich dadurch die Therapieminuten ändern.
- LE dokumentiert und begründet nach Information der Ärztin oder des Arztes auf der Verordnungsrückseite an der dafür vorgesehenen Stelle.

Änderung in
 Gruppen-
therapie Einzel-
therapie

Begründung

*Ein Gruppe mit passender Indikation
ist nicht zustande gekommen*

Standard-
begründung,
warum in
Einzeltherapie
geändert
wurde

Ergänzende Angaben einfach ändern (1/2)

Ergänzende Angaben zum Heilmittel sind Zusätze oder Konkretisierungen wie

- als Doppelbehandlung
- nach Bobath
- nach Vojta
- nach PNF

Sofern die Arztpraxis ergänzende Angaben zum Heilmittel gemacht hat (s. o.), kann hiervon im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift abgewichen werden.

Die Änderung wird durch den Leistungserbringer auf der Vorderseite des Verordnungsvordrucks mit Handzeichen, Datum und Kürzel LE dokumentiert.

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

Schädigung/Störung der Bewegungs- und Sinnesfunktion,
Kontrolle der Willkürbewegung (Koordinationsstörung)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel

KG-ZNS (PNF) als Doppelbehandlung

*Nach RS: PNF geändert in Bobath und
Doppelbehandlung geändert in Einzelbehandlung
8.1.2021/Bu LE*

Ergänzendes Heilmittel

Ergänzende Angaben einfach ändern (2/2)

Ergotherapeuten können sogar ergänzen

- Sofern keine ergänzenden Angaben zum Heilmittel gemacht wurden, können diese im Einvernehmen mit der oder dem Verordnenden ohne ihre oder seine erneute Unterschrift ergänzt werden.
- Die Änderung ist auf der Rückseite der Verordnung zu dokumentieren.
- [Anlage 3 HeilM-RL](#), Anlage 3
Versorgungsvertrag Ergotherapie

Anlage 3: notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung
zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V für Ergotherapie

die Verordnende oder den Verordnenden mit erneuter Unterschrift der oder des Verordnenden und Datumsangabe erfolgen.

Doppelbehandlung:

Doppelbehandlungen können erbracht werden, wenn sie verordnet sind.

Sofern die oder der Verordnende ergänzende Angaben zum Heilmittel gemacht hat, kann hiervon im Einvernehmen mit der oder dem Verordnenden ohne erneute Unterschrift der oder des Verordnenden abgewichen werden. Die Änderung ist auf der Rückseite der Verordnung zu dokumentieren.

Sofern keine ergänzenden Angaben zum Heilmittel gemacht wurden, können diese im Einvernehmen mit der oder dem Verordnenden ohne erneute Unterschrift der oder des Verordnenden ergänzt werden. Die Änderung ist auf der Rückseite der Verordnung zu dokumentieren.

Zahnärzte: Ergänzende Angaben

Art der Angabe:	Mögliche (optionale) Angabe
Erläuterung:	Ergänzende Angaben zum vorrangigen Heilmittel sind Zusätze oder eine Konkretisierung wie <ul style="list-style-type: none">▪ als Doppelbehandlung (Klartext)▪ nach Bobath (durch Ankreuzen)▪ nach Vojta (durch Ankreuzen)▪ nach PNF (durch Ankreuzen)
Korrekturmöglichkeit:	Hat die Zahnärztin/der Zahnarzt das Heilmittel nicht konkretisiert, kann die Praxis die Konkretisierung nach eigenem Ermessen im Rahmen der notwendigen Qualifikationsanforderungen vornehmen.

<input checked="" type="checkbox"/> KG-ZNS	<input type="checkbox"/> Ultraschall
<input type="checkbox"/> Bobath	<input type="checkbox"/> Packungen
<input type="checkbox"/> Vojta	Ggf. Spezifizierung
<input type="checkbox"/> PNF	<u>KG-ZNS als Doppelbehandlung</u>
<input type="checkbox"/> MT	
<input type="checkbox"/> MLD 30	



Therapiepausen gezielt einsetzen

- Eigentlich sieht die Heilmittel-Richtlinie strenge Unterbrechungsregeln vor:
 - **§ 16 Absatz 4:** „Wird die Behandlung länger als 14 Kalendertage ohne angemessene Begründung unterbrochen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Begründete Unterbrechungen sind von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf der Verordnung zu dokumentieren. Dabei muss sichergestellt sein, dass das Therapieziel nicht gefährdet wird. Das Nähere hierzu regeln die Vertragspartner nach § 125 SGB V.“
- Die Vertragspartner haben ganze Arbeit geleistet und die 14-Tage-Frist mehr oder weniger gestrichen.
- Stattdessen gibt es jetzt Gültigkeitsfristen je VO.

Therapiepausen Physiotherapie

(3a) Eine Verordnung mit bis zu 6 verordneten Behandlungseinheiten verliert 3 Monate, eine Verordnung mit mehr als 6 Behandlungseinheiten 6 Monate nach dem ersten Behandlungstag ihre Gültigkeit. Die Behandlung ist nach Ablauf der Gültigkeitsdauer der Verordnung abubrechen.

Wird die Behandlung länger als 14 Kalendertage unterbrochen, verliert die Verordnung für die noch verbleibenden Behandlungseinheiten ihre Gültigkeit. Die Behandlung kann in den Ausnahmefällen:

- a) therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechung (T),
- b) Krankheit der oder des Versicherten/des Leistungserbringers (K) und
- c) Ferien bzw. Urlaub der oder des Versicherten/des Leistungserbringers (F)

länger als 14 Kalendertage unterbrochen werden. Der zugelassene Leistungserbringer begründet der Krankenkasse die Überschreitung der Zeitintervalle mit den vorgenannten Buchstaben (T, F und K) auf dem Verordnungsblatt.

Die Beurteilung, ob durch die Dauer der Unterbrechung das Therapieziel gefährdet ist, obliegt dabei allein dem Leistungserbringer. Es muss sichergestellt sein, dass das Therapieziel nicht gefährdet wird. Behandlungsunterbrechungen stellen keine Abweichung von der Frequenz dar. Werden die vorgenannten Regeln eingehalten, gelten die Verordnungen auch über die 12-Wochenfrist gemäß § 7 Absatz 6 HeilM-RL hinaus.

Anlage 3a: notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung „Ärzte“ zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V für Physiotherapie

	<p>Rückseite der Verordnung verständlich, d.h. im Wortlaut oder laut „Verzeichnis der gebräuchlichen Abkürzungen im Heilmittelkatalog“ (Abkürzungsverzeichnis) gemäß der Heilmittel-Richtlinien und unter Angabe des Datums darzustellen und von der oder dem Versicherten durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen.⁹</p> <p>Bei Leistungen der Manuellen Lymphdrainage ist zusätzlich die Therapiedauer je Sitzung der erbrachten Maßnahme anzugeben.¹⁰</p> <p>Bestätigungen im Voraus, Globalunterschriften sowie die Verwendung von Korrekturmitteln sind unzulässig.</p>
Korrekturmöglichkeit	<p>Korrekturen oder Ergänzungen sind durch erneute Unterschrift der Versicherten oder des Versicherten unter Angabe des Korrekturdatums zu bestätigen.</p> <p>Fehlen die Kürzel („F“, „K“ und „T“), führt dies innerhalb der Laufzeit der Verordnung gemäß § 7 Absatz 3a nicht zu einer Absetzung oder zu einer Korrekturanforderung.</p>
Korrekturzeitpunkt	<p>Nachträgliche Korrekturen des Behandlungsdatums und der Maßnahmen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 5 möglich.¹¹</p>

Therapiepausen Logopädie

Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
(Entscheidung der Schiedsstelle vom 15.03.2021)

- (5) Eine Verordnung mit bis zu 10 verordneten Therapieeinheiten verliert 7 Monate nach dem Ausstellungsdatum ihre Gültigkeit, zu diesem Zeitpunkt noch nicht erbrachte Leistungen können nicht mehr erbracht und abgerechnet werden. Satz 1 gilt auch für Verordnungen mit bis zu 20 Therapieeinheiten oder nach § 7 Absatz 6 HeilM-RL bzw. § 6 Absatz 5 HeilM-RL ZÄ (langfristiger Heilmittelbedarf oder besonderer Ordnungsbedarf) unter der Maßgabe, dass die Verordnung erst nach 9 Monaten ihre Gültigkeit verliert. Die Unterbrechungskürzel FKT (Ferien/Urlaub; Krankheit; therapeutisch indizierte Unterbrechung) werden auf der Verordnung bei Unterbrechungen von über 14 Tagen verwendet. In der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie kann die Laufzeit einer Verordnung länger als in anderen Heilmittel-Bereichen sein. Im Interesse der Versicherten wurde daher berücksichtigt, dass die Behandlung z. B. ferien-, urlaubs- oder krankheitsbedingt unterbrochen werden kann oder eine Unterbrechung therapeutisch indiziert sein kann. Der Leistungserbringer hat auch in diesem Fall zu gewährleisten, dass das Therapieziel durch die Unterbrechung nicht gefährdet wird, anderenfalls ist die Behandlung abzubrechen.

Anlage 3a: notw. Angaben auf der HeilM-VO Ärzte i. d. F. vom 15.03.2021 zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V für Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (Entscheidung der Schiedsstelle vom 15.03.2021)

Erläuterung	<p>Pflichtangaben sind Behandlungsdatum, Regelbehandlungszeit und Unterschrift der oder des Versicherten und die Initialen des Leistungserbringers.</p> <p>Begründete Behandlungsunterbrechungen von über 14 Tagen sind unter Angabe der Kürzel FKT (Ferien/Urlaub; Krankheit; therapeutisch indizierte Unterbrechung) zu dokumentieren.</p> <p>Bei Doppelbehandlungen soll jede Behandlungseinheit einzeln dokumentiert und bestätigt werden, für eine Doppelbehandlung sind daher 2 Zeilen auszufüllen.</p> <p>Die Diagnostikleistungen sind mit den Begriffen „Erstdiagnostik“ oder „Bedarfsdiagnostik“ zu dokumentieren und von der oder von dem Versicherten zu bestätigen.</p> <p>Reichen die Zeilen des Verordnungsmusters nicht aus, ist zusätzlich ein Beiblatt anzufügen.</p>
Korrekturmöglichkeit	<p>Korrekturen oder Ergänzungen von Behandlungsdatum oder Regelbehandlungszeit sind durch erneute Unterschrift der oder des Versicherten mit Angabe des Datums je Behandlungstermin zu bestätigen. Die Initialen können ohne erneute Unterschrift der oder des Versicherten geändert oder ergänzt werden.</p> <p>Fehlen die Kürzel (FKT), führt dies innerhalb der Laufzeit der Verordnung gemäß § 7 Absatz 5 nicht zu einer Absetzung oder zu einer Korrekturanforderung.</p>

Therapiepausen Ergotherapie

(3a) Wird die Behandlung länger als 14 Kalendertage unterbrochen, verliert die Verordnung für die noch verbleibenden Behandlungseinheiten ihre Gültigkeit.

Die Behandlung kann in den begründeten Ausnahmefällen:

- a) therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechung (T),
- b) Krankheit der oder des Versicherten/der oder des Leistungserbringenden (K) und

c) Ferien oder Urlaub der oder des Versicherten/der oder des Leistungserbringenden (F)

in Summe für bis zu 70 Kalendertage unterbrochen werden. Für die Berechnung der Summe werden nur Unterbrechungen berücksichtigt, die jeweils länger als 14 Kalendertage währen. Die oder der zugelassene Leistungserbringende begründet der Krankenkasse die Überschreitung der Zeitintervalle mit den vorgenannten Buchstaben (T, F und K) auf dem Verordnungsblatt (oder im Wege ggf. vereinbarter IT-gestützter Verfahren). Es muss sichergestellt sein, dass das Therapieziel nicht gefährdet wird. Die Beurteilung, ob durch die Dauer der Unterbrechung das Therapieziel gefährdet ist, obliegt dabei allein der oder dem Leistungserbringenden. Behandlungsunterbrechungen stellen keine Abweichung von der Frequenz dar. Werden die vorgenannten Regeln eingehalten, gelten die Verordnungen auch über die 12-Wochenfrist gemäß § 7 Absatz 6 Heilm-RL hinaus.

Frage	Antwort
Welche Tage werden auf die zulässigen 70 Tage begründete Unterbrechung angerechnet? Berechnungsbeispiel	Für die Berechnung der in Summe zulässigen 70 Tage werden nur Unterbrechungen berücksichtigt, die jeweils länger als 14 Kalendertage währen. Beispiel: letzter Behandlungstag vor Unterbrechung 31.03., erster Behandlungstag nach Unterbrechung 24.04. = die Unterbrechung beträgt insgesamt 23 Tage → 23 minus 14 Tage = 9 anrechenbare Tage → 70 minus 9 Tage = 61 verbleibende Tage, an denen eine begründete Unterbrechung möglich wäre

Therapiepausen Podologie

Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Podologie i. d. F. vom 30.11.2020

- (4) Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements gemäß § 16a HeilM-RL können für einen Zeitraum von bis zu 7 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus verordnet werden. Die Behandlung muss innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus aufgenommen werden. Sofern die Behandlung nicht innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus begonnen wird, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.
- (5) Alle Leistungen einer Verordnung sind bis zum Ende auszuführen, bevor mit einer später ausgestellten Verordnung zur selben Diagnose (ggf. an derselben Lokalisation) und Diagnosegruppe begonnen wird.
- (6) Auf einer Verordnung ist eine Unter- oder Überschreitung der Frequenz zwischen den Behandlungstagen bis zu einem Zeitraum von zwei Werktagen aus praxisorganisatorischen Gründen auch ohne Rücksprache mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zulässig, damit das angestrebte Therapieziel weiterhin gesichert ist.
- (7) Die Verordnung verliert bei einer Unterbrechung von 12 Kalenderwochen nach dem letzten Behandlungstag ihre Gültigkeit.

§ 16 Absatz 4

Wird die Behandlung länger als 14 Kalendertage ohne angemessene Begründung unterbrochen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Begründete Unterbrechungen sind von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf der Verordnung zu dokumentieren. Dabei muss sichergestellt sein, dass das Therapieziel nicht gefährdet wird. Das Nähere hierzu regeln die Vertragspartner nach § 125 SGB V. Abweichend von Satz 1 und 2 führen **Behandlungsunterbrechungen bei Maßnahmen der podologischen Therapie sowie der Ernährungstherapie nicht zur Ungültigkeit der Verordnung.**

Allgemeine Regeln zum VO-Check (1/8)

- Verordnungen müssen auf den gültigen **Verordnungsvordrucken** ausgestellt werden:
 - Muster 13 (ärztliche Verordnungen)
 - Z13/9 (zahnärztliche Verordnungen)
 - oder auf Blankopapier (rosa)
- Verordnungen können von der Ärztin/vom Arzt auch **handschriftlich** ausgestellt und/oder geändert werden (Allgemeines, Ziffern 5 und 6, Anlage 2 BMV-Ä), z. B. das Ausstellungsdatum.
- Auch beim Ausdruck verrutschte Daten auf der VO sind gültig: „... **geringfügige Abweichungen** hinsichtlich der Zeilengenauigkeit ...“ auf dem VO-Vordruck sind erlaubt (Allgemeines Ziffer 5, Anlage 2 BMV-Ä).
- „Bei der Ausstellung der Vordrucke kann auf die Verwendung des **Vertragsarztstempels verzichtet** werden, wenn dessen Inhalt an der für die Stempelung vorgesehenen Stelle bereits eingedruckt ist.“ (Allgemeines, Ziffer 5, Anlage 2 BMV-Ä).

Das Bild zeigt ein Formular für eine Heilmittelverordnung (Muster 13). Es ist in verschiedene Abschnitte unterteilt:

- Zahlungsfreiheit:** Krankenkasse bzw. Kostenträger.
- Zahlungspflicht:** Name, Vorname des Versicherten, geb. am.
- Unfallfolgen:** (Leeres Feld)
- BVG:** Kostenträgerkennung, Versicherten-Nr., Status, Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr., Datum.
- Behandlungsrelevante Diagnose(n):** ICD-10 - Code (Leeres Feld).
- Diagnosegruppe:** (Leeres Feld).
- Leitsymptomatik:** gemäß Heilmittelkatalog (a, b, c) und patientenindividuelle Leitsymptomatik (Leeres Feld).
- Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben):** (Leeres Feld).
- Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges:** Tabelle mit Spalten für Heilmittel und Behandlungseinheiten.
- Ergänzendes Heilmittel:** (Leeres Feld).
- Therapiebericht:** Hausbesuch (ja/nein) und Therapiefrequenz.
- Dringlicher Behandlungsbedarf:** innerhalb von 14 Tagen (ja/nein).
- ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise:** (Leeres Feld).
- IK des Leistungserbringers:** (Leeres Feld).
- Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes:** (Leeres Feld).

Rechts oben steht **Heilmittelverordnung 13** mit den folgenden Therapieoptionen:

- Physiotherapie
- Podologische Therapie
- Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
- Ergotherapie
- Ernährungstherapie

Unten rechts steht **Muster 13 (10.2020)**.



Allgemeine Regeln zum VO-Check (2/8)

Sollte die Verordnung nicht fehlerfrei sein, kann die Behandlung aufgenommen werden, wenn alle wesentlichen Informationen für den Beginn oder die Weiterführung der Therapie auf der Verordnung enthalten sind. Diese sind:

- Die Angaben (im Personalienfeld):
 - „Name, Vorname des Versicherten“,
 - „geb. am“,
 - „Krankenkasse bzw. Kostenträger“
 - das Ausstellungsdatum
- Diagnose,
- konkretes Heilmittel(inkl. Zeitangabe bei MLD),
- Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes.

Anlage 3a: notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung „Ärzte“
zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V für Physiotherapie

Zuzahlungs-frei

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Heilmittelverordnung 13

Therapie, Sprach- und

Therapie

individuelle Symptomatik

Behandlungseinheiten

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (10.2020)



Allgemeine Regeln zum VO-Check (3/8)

- Rückfragen zur VO oder Änderungen der VO können **auch per Fax** erfolgen (Allgemeines, Ziffer 11).
- Bei Ergänzungen und Korrekturen durch Leistungserbringer (LE) ist sicherzustellen, dass die **ursprünglichen ärztlichen Angaben sichtbar bleiben**.
- **Physiotherapeutinnen und -therapeuten** markieren von ihnen vorgenommene Änderungen und Ergänzungen auf Verordnungen immer mit dem **Präfix LE**.
- Verordnungen auf **Blankopapier** können auf zwei Blättern oder vor- und rückseitig bedruckt sein, Format DIN A5, hoch.

Quellen

- **HeilM-RL** (in Kraft getreten am 01.01.2021)
- **HeilM-RL ZÄ** (in Kraft getreten am 01.01.2021)
- **Erläuterungen** zur Vereinbarung über **Vordrucke** für die vertragsärztliche Versorgung (Anlage 2 BMV-Ä) Stand: Januar 2021
- **Bundesmantelvertrag - Zahnärzte** (BMV-Z) - Anlage 14a
- **SGB V** (Stand 01.01.2021)
- **Fragen-Antwort-Katalog** Physiotherapie, Ergotherapie, Podologie zum Übergang auf Muster 13 des GKV-Spitzenverbands



Allgemeine Regeln zum VO-Check (4/8)

Die Bezeichnung **Leistungserbringer** ist in den GKV-Verträgen eine Art unspezifischer Sammelbegriff und umfasst beispielsweise:

- Therapeutinnen und Therapeuten (bei der GKV angemeldet)
- behandelnde Leistungserbringer
- zugelassene Leistungserbringer (irgendeine Person, Personengesellschaft, juristische Person etc.)
- fachliche Leitung
- von ihr beauftragte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Quellen

- Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit **Physiotherapie** gültig ab 01.08.2021, inkl. Anlagen
- Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit **Podologie** i. d. F. vom 30.11.2020, inkl. Anlagen
- Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit **Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie** vom 15.03.2021, inkl. Anlagen

Leistungserbringer	Jede Therapeutin und jeder Therapeut, welche oder welcher aufgrund ihrer oder seiner gegenüber den Arbeitsgemeinschaften nach § 124 Absatz 2 SGB V nachgewiesenen beruflichen Qualifikation berechtigt ist, Heilmittel für den zugelassenen Leistungserbringer an gesetzlich Krankenversicherte abzugeben. Er kann mit dem zugelassenen Leistungserbringer oder der fachlichen Leitung identisch sein.
--------------------	--



Allgemeine Regeln zum VO-Check (5/8)

Fragen-Antworten-Katalog Physiotherapie

Stand: 24.11.2021

Der Fragen-Antworten-Katalog wurde überarbeitet und ergänzt. Bitte beachten Sie die neue Nummerierung der Fragen.

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
46	Änderung/Ergänzung der Verordnung durch Ärztin/Arzt Anlage 3a/3b Ziffer 4	Die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt möchte Angaben auf der Verordnung ändern bzw. ergänzen. Muss dabei ein Arztstempel verwendet werden?	Nein. Änderungen und Ergänzungen der Ärztin oder des Arztes bedürfen einer erneuten Unterschrift der Ärztin oder des Arztes mit Datumsangabe neben der ergänzten/geänderten Angabe, ein Arztstempel ist hingegen nicht notwendig.
47	Änderung/Ergänzung der Verordnung Anlage 3a/3b Ziffer 4	Angaben auf der Verordnung müssen geändert bzw. ergänzt werden. Muss die Änderung/Ergänzung auf dem Originalverordnungsvordruck erfolgen?	Nein, die Änderung/Ergänzung kann auch auf einer Kopie der Verordnung erfolgen durch die Ärztin oder des Arztes auch per Fax oder verschlüsselter E-Mail versandt werden kann. Die ergänzte/korrigierte Kopie der Verordnung bzw. das Fax müssen lesbar sein und sind der Abrechnung beizufügen.



Allgemeine Regeln zum VO-Check (6/8)

hier Physiotherapie mit Kürzel LE

Fragen-Antworten-Katalog Physiotherapie

Stand: 24.11.2021

Der Fragen-Antworten-Katalog wurde überarbeitet und ergänzt. Bitte beachten Sie die neue Nummerierung der Fragen.

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
48	Änderung/Ergänzung der Verordnung durch Leistungserbringer Anlage 3a/3b Ziffer 4	Bestimmte Angaben kann der Leistungserbringer selbst auf der Verordnung ändern bzw. ergänzen. Muss das immer mit Datum und der Unterschrift des Leistungserbringers erfolgen?	Ja, das Datum, die Unterschrift und (!) das Kürzel „LE“ (für Leistungserbringer) müssen neben der ergänzten/geänderten Angabe erfolgen. Dabei ist wichtig, dass die ursprünglichen Angaben der Ärztin oder des Arztes sichtbar bleiben. Dabei dürfen keine Korrekturmittel wie z. B. Tipp-Ex verwendet werden.
49	Änderung/Ergänzung der Verordnung durch Leistungserbringer Anlage 3a/3b Ziffer 4	In den Anlagen 3a/3b ist an verschiedenen Stellen folgendes geregelt: <i>„Die Änderung/Ergänzung muss durch den Leistungserbringer auf der Vorderseite des Verordnungsvordrucks mit Unterschrift, Datum und dem Kürzel „LE“ erfolgen.“</i> Wer muss hier unterschreiben? Kann hier nur die Therapeutin oder der Therapeut, oder auch die Verwaltungskraft unterschreiben?	Die Änderungen/Ergänzungen auf der Verordnung können von Therapeutinnen oder Therapeuten oder von Verwaltungs-/Assistenzkräften unterschrieben werden.



Allgemeine Regeln zum VO-Check (7/8)

Fragen-Antworten-Katalog Physiotherapie

Stand: 24.11.2021

Der Fragen-Antworten-Katalog wurde überarbeitet und ergänzt. Bitte beachten Sie die neue Nummerierung der Fragen.

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
52	Änderung/Ergänzung der Verordnung durch Ärztin/Arzt Anlage 3a/3b Ziffer 5	Welche Änderungen an einer Verordnung müssen von der Ärztin oder dem Arzt vorgenommen werden und was ist dabei zu beachten ?	<p>Soweit in Anlage 3a nichts Anderes beschrieben ist, sind Ergänzungen und Korrekturen durch die Ärztin oder den Arzt vorzunehmen. Solche Ergänzungen und Korrekturen erfolgen auf der Vorderseite der Verordnung an der jeweiligen Stelle der fehlenden/falschen Angabe.</p> <p>Änderungen und Ergänzungen einer Ärztin oder eines Arztes bedürfen einer erneuten Unterschrift der Ärztin oder des Arztes mit Datumsangabe neben der fehlenden/falschen Angabe. Eine Ergänzung/Korrektur der Verordnung ist per verschlüsselter E-Mail oder per Fax zwischen Leistungserbringer und Ärztin oder Arzt möglich. Die ergänzte/korrigierte Kopie der Verordnung bzw. das Fax müssen lesbar sein und sind der Abrechnung beizufügen.</p> <p>Dieselben Regelungen gelten gemäß Anlage 3b analog auch für Zahnärztinnen und Zahnärzte.</p>



Allgemeine Regeln zum VO-Check (8/8)

Fragen-Antworten-Katalog Physiotherapie

Stand: 24.11.2021

Der Fragen-Antworten-Katalog wurde überarbeitet und ergänzt. Bitte beachten Sie die neue Nummerierung der Fragen.

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
41	Prüfung der Verordnung durch den Leistungserbringer	Was passiert, wenn eine Angabe auf der Verordnung am falschen Ort steht?	Sollte eine Angabe auf der Verordnung nicht im dafür vorgesehenen Feld stehen, berührt das die Gültigkeit der Verordnung nicht, soweit die Angabe an sich korrekt und vollständig ist. Entscheidend ist, dass der Datensatz gemäß den Abrechnungsrichtlinien nach § 302 SGB V und ihrer Anlagen im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern korrekt und vollständig an die Krankenkasse oder die von ihr benannte krankenkassenseitige Abrechnungsstelle übermittelt wurde.



Jetzt aktiv werden

- **Spickzettel nutzen:**
Diese Vortragsfolien zum Nachlesen anfordern,
→ Anforderungskarte mit E-Mail ausfüllen!
- **Weiterbilden:**
buchner.academy nutzen, um den Goldstandard zum Thema Abrechnung und Verordnungsscheck zu nutzen.
→ Jetzt gleich für „Erfolgreich Abrechnen“ anmelden!
- **Online Coaching**
Individuelle Unterstützung für die Praxisentwicklung
→ Jetzt Termin mit buchner Experten für Praxismanagement buchen!
- **Erfolgreich abrechnen**
Software nutzen, um mit den richtigen Kennzahlen die eigene Praxis zu steuern.
→ Praxis-Dashboard in STARKE Praxis zeigen lassen!
- **Strukturen schaffen**
Praxisorganisationshandbuch einführen und dabei einfach von den buchner Vorlagen abschreiben.
→ Zugang zum buchner-QM schalten lassen!

Damit Deine Praxis
erfolgreich
voran kommt

Links, Kontakt & Downloads
buchner.de/therapro

