

Anlage 3a
(notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung
und einheitliche Regelungen zur Abrechnung „Ärzte“)

zum
Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V
über
die Versorgung mit Leistungen
der Physiotherapie
und deren Vergütung

1. Ziel der Anlage

Gemäß § 125 Abs. 2 SGB V vereinbart der GKV-Spitzenverband mit bindender Wirkung für die Krankenkassen mit den für die „Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene“ für jeden Heilmittelbereich Vorgaben für die notwendigen Angaben auf der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung. Diese sollen zur Rechtsklarheit zwischen Krankenkassen und den Heilmittelerbringern beitragen und sicherstellen, dass formale Fehler besser erkannt und rechtssicher sowie unbürokratisch behoben werden können.

Zu berücksichtigen ist, dass die Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL Vertragsärzte) des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V gemäß § 91 Abs. 6 SGB V für Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassen, Versicherte und Leistungserbringer gleichermaßen verbindlich ist.

In den einheitlichen Regelungen zur Abrechnung der Heilmittelverordnungen werden insbesondere Korrekturmöglichkeiten, -form und -zeitpunkt der Verordnung durch den Leistungserbringer festgelegt. Sie sollen sicherstellen, dass Rechnungskürzungen und Nullretaxationen nur in berechtigten Fällen erfolgen.

Die ansonsten im Rahmen der Richtlinie nach § 302 SGB V bestehenden oder im Hauptvertrag zu dieser Anlage vereinbarten Regelungen zur Abrechnung sind ergänzend zu beachten.

Abweichend zur Begriffsbestimmung des Vertrages sind bei der Verwendung der Begriffe „Ärztinnen und Ärzte“ in dieser Anlage ausschließlich Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie verordnende Ärztinnen und Ärzte im Rahmen des Entlassmanagements umfasst.

2. Formerfordernis – Verordnung nur auf vereinbarten Vordrucken

Heilmittel dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 13 HeilM-RL Vertragsärzte ausschließlich auf dem vereinbarten Vordruck gemäß des Bundesmantelvertrages (BMV-Ä) verordnet werden. Der Verordnungsvordruck ist in Anlage 2 oder Anlage 2a (Blankoformularbedruckung) des BMV-Ä und in den Vordruckerläuterungen näher beschrieben. Für die Verordnung von Heilmitteln sind die Verordnungsmuster 13 oder Verordnungsmuster 13E (Blankoformularbedruckung) vorgesehen. Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements sind mit einer additiven Kennzeichnung „Entlassmanagement“ (gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a Satz 10 SGB V) zu kennzeichnen. Für nicht gekennzeichnete Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements gelten die Regelungen vertragsärztlich ausgestellter Verordnungen.

3. Formerfordernis – Angaben auf der Verordnung durch die Ärztin oder den Arzt

Die Behandlung darf ausgeführt werden, wenn auf dem Verordnungsvordruck die erforderlichen Angaben nach § 13 Abs. 2 HeilM-RL Vertragsärzte enthalten oder die Erfordernisse dieses Vertrages eingehalten sind. Des Weiteren muss die Verordnung von der Ärztin oder dem Arzt unterschrieben sein. Die erforderlichen Angaben mit den dazugehörigen Änderungs- und Korrekturregelungen sind im Folgenden unter Ziffer 5 lit. a) bis r) dargestellt.

4. Korrekturmöglichkeit – Form und Zeitpunkt

Ein Vergütungsanspruch des zugelassenen Leistungserbringers gegenüber der Krankenkasse setzt voraus, dass die Heilmittelbehandlung auf der Grundlage einer ordnungsgemäßen vertragsärztlichen Verordnung durchgeführt wurde. Die unter Nr. 5 dieser Anlage beschriebenen Angaben der Verordnung sind erforderlich, damit eine sachgerechte und wirtschaftliche Therapie erfolgen kann. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind die Heilmittelerbringer im Hinblick auf die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Heilmittelerbringung verpflichtet, die Verordnung auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen.

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,
- Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes.

Sind diese für die Behandlung notwendigen Angaben enthalten, ist der Behandlungsvertrag schwebend unwirksam und wird rückwirkend wirksam, wenn die vertragsärztliche Verordnung, vor der Einreichung zur Abrechnung oder vor Beginn der Behandlung nach den folgenden Grundsätzen ergänzt oder korrigiert wird.

Soweit Angaben des Leistungserbringers auf der Rückseite der Verordnung fehlerhaft oder unvollständig sind, soll die Krankenkasse im Einzelfall eine nachträgliche Korrekturmöglichkeit einräumen. Ist unter Nr. 5 angegeben, dass eine Korrektur bis zu einem bestimmten Zeitpunkt erfolgen muss, besteht kein Vergütungsanspruch, wenn die Korrektur nach diesem Zeitpunkt erfolgt.

Soweit in Ziffer 5 Korrekturmöglichkeiten auch nach der Abrechnung eingeräumt werden, gilt folgendes Verfahren: Fällt in der Abrechnung durch die Krankenkasse auf, dass eine oder mehrere Angaben auf der Vorder- oder Rückseite der Verordnung fehlen oder erkennbar falsch sind, setzt die Krankenkasse die Verordnung ab und gibt einmalig die Möglichkeit die fehlenden Angaben zu korrigieren und/oder zu ergänzen. Dazu sendet sie dem zugelassenen Leistungserbringer eine Kopie der Originalverordnung und die Begründung der Absetzung mit Verweis auf Anlage 3a dieses Vertrages. Reicht der Leistungserbringer die Korrektur/Ergänzung nicht (fristgerecht innerhalb von 3 Monaten) ein, bleibt die Absetzung bestehen, die Verordnung kann kein weiteres Mal zur Abrechnung eingereicht werden.¹

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.

Soweit in dieser Anlage 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. 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.

Ergänzungen und Korrekturen, die vom Leistungserbringer vorgenommen und entsprechend als Änderung des Leistungserbringers gekennzeichnet werden (z.B. Stempel oder Abkürzung LE), erfolgen grundsätzlich auf der Vorderseite der Verordnung, soweit in dieser Anlage nichts Abweichendes vereinbart wurde. Bei Ergänzungen und Korrekturen durch Leistungserbringer ist sicherzustellen, dass die ursprünglichen Angaben der Ärztin oder des Arztes sichtbar bleiben. Änderungen und Ergänzungen durch den Leistungserbringer bedürfen einer Unterschrift, einer Datumsangabe und das Kürzel „LE“ neben der ergänzten/ korrigierten Angabe.

¹ Dieser Absatz ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22-20 vom 08.03.2021 festgesetzt.

5. Verordnungsdaten

Die unten beschriebenen Hinweise beziehen sich auf die Angaben im Verordnungsvordruck Muster 13, gültig mit der neuen HeilM-RL ab 01.01.2021.

a) Personalfeld

a1) Zuzahlungsfrei/ Zuzahlungspflichtig

a2) Unfallfolgen/ BVG

k) Behandlungsrelevante(n) Diagnose(n) (ICD 10 - Code)

j) Diagnosegruppe

g1) Heilmittel gemäß dem Katalog / h) Ergänzende Angaben zum Heilmittel

g2) Ergänzendes Heilmittel

d) Therapiebericht

m) Ggf. Therapieziel / weitere med. Befunde und Hinweise

b) Heilmittelbereich

l) Leitsymptomatik

f) Behandlungseinheiten

c) Hausbesuch

e) Dringlicher Behandlungsbedarf

n) Vertragsarztstempel/ Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Heilmittelverordnung 13

Zuzahlungsfrei / Zuzahlungspflichtig

Unfallfolgen

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

BVG Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Behandlungsrelevante Diagnose(n)
ICD-10 - Code

Diagnosegruppe

Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog a b c

patientenindividuelle Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten

Ergänzendes Heilmittel

Therapiebericht **Hausbesuch** ja nein **Therapiefrequenz**

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (10.2020)

Abbildung 1: Druckbereich auf dem Verordnungsmuster (Muster 13) Vorderseite

Pflichtangabe	als Pflichtangabe gekennzeichnete Felder müssen ausgefüllt sein
Optionale Angabe	als optionale Angabe gekennzeichnete Felder können ausgefüllt sein
Konditionale Pflichtangabe	als konditionale Pflichtangabe gekennzeichnete Felder müssen ausgefüllt sein, wenn die beschriebene Voraussetzung zutrifft

a) Personalienfeld

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall-folgen	geb. am		
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	<ul style="list-style-type: none"> Angaben zur oder zum Versicherten (Name, Vorname, geb. am, Versicherten-Nr., Status) Angaben zum Kostenträger (Krankenkasse, Kostenträgerkennung) Angaben zur verordnenden Ärztin oder zum verordnenden Arzt (Arzt-Nr., Betriebsstättennummer) Ausstellungsdatum
Korrekturmöglichkeit	<p>Fehlen</p> <ul style="list-style-type: none"> Angaben „Name“, „Vorname“, „geb. am Angaben zum Kostenträger bzw. Krankenkasse, das Ausstellungsdatum, <p>kann die Behandlung nicht begonnen werden.</p> <p>Korrekturen und/oder Ergänzungen können ausschließlich arztseitig mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe erfolgen.</p> <p>Handschriftliche Änderungen/Ergänzungen der Versichertennummer, des Status, der Kostenträgerkennung (diese sind der gültigen vorgelegten eGK zu entnehmen, der Betriebsstättennummer der Ärztin oder des Arztes und der „Arztnummer“ (LANR = lebenslange Arztnummer) durch den Leistungserbringer sind zulässig. Die fehlende Arzt-/Betriebsstättennummer sind vom Leistungserbringer aus dem Stempel der Ärztin oder des Arztes zu übernehmen. Die Änderung/Ergänzung muss durch den Leistungserbringer auf der Vorderseite des Verordnungsvordrucks mit Unterschrift, Datum und dem Kürzel „LE“ erfolgen.</p> <p>In der Blankoformularbedruckung (Muster 13E) ist bei fehlerhaften/fehlenden Angaben zur oder zum Versicherten, zum</p>

	Kostenträger und zu der verordnenden Ärztin oder zu dem verordnenden Arzt eine nachträgliche Korrektur nicht möglich, es ist eine neue Verordnung auszustellen. ²
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung der Abrechnung erfolgt sein.

a1) Zuzahlungsfrei/Zuzahlungspflicht

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Der Status der Zuzahlungspflicht (zuzahlungspflichtig ja/nein) ist dem Verordnungsvordruck zu entnehmen. Der auf der Verordnung angegebene Status ist für den Leistungserbringer und die Krankenkasse bindend. Sofern auf der Verordnung die Angabe zum Status fehlt, gilt grundsätzlich die Zuzahlungspflicht. Dies gilt nicht, wenn eine zum jeweiligen Leistungszeitpunkt gültige Befreiungsbescheinigung der zuständigen Krankenkasse vorgelegt wird. Bei Verordnungen, bei denen die Behandlung über den Jahreswechsel hinaus fortgesetzt werden, ist mit dem Jahreswechsel der Befreiungsstatus durch Vorlage des neuen Befreiungsausweises zu prüfen. Entspricht dabei die Angabe des Zuzahlungsstatus auf der Verordnung nicht dem tatsächlichen Zuzahlungsstatus der Versicherten oder des Versicherten, ist eine Änderung auf der Verordnung nicht erforderlich.
Korrekturmöglichkeit	Keine Korrektur erforderlich
Korrekturzeitpunkt	Entfällt

a2) Unfallfolgen/BVG

Art der Angabe	Konditionale Pflichtangabe
Erläuterung	Durch Setzung eines Kreuzes kann die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt angeben, ob es sich bei der behandlungsbedürftigen Erkrankung um eine Unfallfolge oder um eine Verordnung im Rahmen des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) handelt.
Korrekturmöglichkeit	Keine Korrektur erforderlich
Korrekturzeitpunkt	Entfällt

b) Heilmittelbereich

<input type="checkbox"/>	Physiotherapie
<input type="checkbox"/>	Podologische Therapie
<input type="checkbox"/>	Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
<input type="checkbox"/>	Ergotherapie
<input type="checkbox"/>	Ernährungstherapie

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Angabe des jeweiligen Heilmittelbereichs (hier Physiotherapie)
Korrekturmöglichkeit	Keine Korrektur erforderlich
Korrekturzeitpunkt	Entfällt

c) Hausbesuch

Hausbesuch ja nein

Art der Angabe	Konditionale Pflichtangabe
Erläuterung	Ein Hausbesuch kann nur erfolgen, wenn das Feld „Ja“ angekreuzt ist. Ausnahmen sind in § 11 Absatz 2 Heilmittel-Richtlinie geregelt.
Korrekturmöglichkeit	Ist das Feld „Nein“ angekreuzt oder fehlt die Angabe, ist die Abrechnung eines Hausbesuches nicht möglich; die Gültigkeit der Verordnung ist nicht berührt. Eine Änderung auf „Ja“ kann ausschließlich arztseitig mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe erfolgen.
Korrekturzeitpunkt	Die Korrektur muss vor Einreichung der Verordnung zur Abrechnung erfolgt sein. Fehlt die Angabe „Hausbesuch“ und sollte von der Ärztin oder dem Arzt nachträglich bestätigt ein Hausbesuch durchgeführt werden, kann die Änderung bzw. Ergänzung der Verordnung auch noch nach erfolgter Abrechnung erfolgen. ³

d) Therapiebericht

Therapiebericht

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Ein Therapiebericht gilt als ärztlich angefordert, wenn in dem entsprechenden Feld ein Kreuz gesetzt wurde. Fehlt dieses, ist die Erstellung nicht erforderlich.
Korrekturmöglichkeit	Sofern die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt den Therapiebericht nachträglich anfordert, kann der Leistungserbringer das Kreuz „ja“ im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift nachträglich korrigieren. Die Änderung/Ergänzung muss durch den Leistungserbringer auf der Vorderseite des Verordnungsvordrucks mit Unterschrift, Datum und dem Kürzel „LE“ erfolgen.
Korrekturzeitpunkt	Die Korrektur muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgen.

³ Dieser Teil ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22-20 vom 08.03.2021 festgesetzt.

e) Dringlicher Behandlungsbedarf

Dringlicher Behandlungsbedarf
innerhalb von 14 Tagen

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Die Behandlung muss innerhalb von 28 Kalendertagen nach dem Verordnungsdatum begonnen werden. Soweit ein dringlicher Behandlungsbeginn vermerkt ist, muss die Behandlung innerhalb von 14 Kalendertagen beginnen.
Korrekturmöglichkeit	Wird der ärztlicherseits angegebene dringliche Behandlungsbedarf nicht beachtet, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Der dringliche Behandlungsbedarf kann nur von der Ärztin oder dem Arzt mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe aufgehoben werden. Die Behandlung darf dennoch nicht später als 28 Kalendertage nach Ausstellung der Verordnung beginnen.
Korrekturzeitpunkt	Die Korrektur muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgen.

f) Behandlungseinheiten

Behandlungseinheiten

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Die Behandlungsmenge darf die im Heilmittelkatalog angegebene oder nach § 7 Absatz 6 HeilM-RL zulässige Höchstmenge je Verordnung nicht überschreiten. Dies gilt auch bei Aufteilung der Verordnungsmenge auf unterschiedliche Heilmittel. Ist eine Doppelbehandlung verordnet worden, erhöht dies die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge sowie die von der Ärztin oder vom Arzt angegebene Verordnungsmenge nicht. Für ergänzende Heilmittel und Standardisierte Heilmittelkombination kann keine Doppelbehandlung verordnet werden. Bei der Verordnung einer Kompressionsbandagierung im Rahmen der Manuellen Lymphdrainage (MLD) entspricht die Anzahl der abrechenbaren Kompressionsbandagierungen der Anzahl der verordneten Behandlungseinheiten MLD (6 x) multipliziert mit der Anzahl der zu behandelnden/der zu bandagierenden Körperteile (rechtes/linkes Bein) = 6 x rechtes Bein + 6 x linkes Bein = 12 Kompressionsbandagierungen.
Korrekturmöglichkeit	Fehlt die Angabe der Behandlungsmenge, ist diese von der Ärztin oder vom Arzt mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe zu ergänzen. Sofern auf der ärztlichen Verordnung die Verordnungsmenge auf verschiedene Heilmittel aufgeteilt wurde, kann hiervon dennoch nur nach Änderung mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe abgewichen werden. Sofern auf der ärztlichen Verordnung die Verordnungshöchstmengen überschritten werden, kann der Leistungserbringer maximal so viele

	Therapieeinheiten erbringen und abrechnen, wie sie nach der HeilM-RL zulässig sind. Bei Aufteilung der VO-Menge auf unterschiedliche Heilmittel erfolgt die Reduktion im Verhältnis der ursprünglich verordneten Heilmittel. Die Ärztin oder der Arzt ist darüber zu informieren. Eine Änderung der Verordnung ist nicht erforderlich.
Korrekturzeitpunkt	Die Korrektur muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgen.

g1) Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges (inkl. h, ggf. ergänzende Angaben zum Heilmittel)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	<p>Es sind bis zu 3 verschiedene vorrangige Heilmittel gemäß Heilmittelkatalog verordnungsfähig. Die Heilmittel können Angaben zur Gruppenbehandlung sowie ergänzende Angaben zum Heilmittel wie z. B. „Bobath“ oder „Doppelbehandlung“ enthalten.</p> <p>Bei der Manuellen Lymphdrainage kann die Behandlungsdauer zusätzlicher Bestandteil der Angabe zum Heilmittel sein. Bei der Manuellen Lymphdrainage sind die Vorgaben der HeilM-RL nach § 18 Abs. 2 Nr. 7 zu beachten. Sofern die Verordnerin oder der Verordner keine Entscheidung über die Therapiezeit trifft (MLD), ist die Angabe des Stadiums des Lymphödems oder des Stadiums des Lipödems in Form des ICD-10-Codes erforderlich. In diesen Fällen entscheidet der Leistungserbringer unter Beachtung der Angaben in § 18 Abs. 2 Nr. 7 in den Buchstaben a bis c jeweils befundabhängig über die erforderliche Therapiezeit. Sollte es sich um einen Ausnahmefall (kurzfristig/vorübergehend) gemäß § 18 Abs. 2 Nr. 7 b Buchstabe cc. der HeilM-RL handeln, ist dieser Ausnahmefall vom Leistungserbringer auf der Verordnungsrückseite im Begründungsfeld fachlich zu begründen. Mögliche Begründungen können beispielsweise „witterungsbedingte Einflüsse“ (Kälte/Hitze), „individuelle Belastungen durch Gehen/Stehen“ oder „interkurrente Infektionen“ sein.</p>
Korrekturmöglichkeit	<p>Heilmittel: Fehlt die richtlinienkonforme Angabe eines Heilmittels oder ist diese unvollständig, fehlerhaft oder passt nicht zur Diagnosegruppe, muss eine Korrektur durch die Ärztin oder den Arzt mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe erfolgen.</p> <p>Sofern die Ärztin oder der Arzt ergänzende Angaben zum Heilmittel gemacht hat (z. B. „Bobath“ bei KG-ZNS), kann hiervon im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift abgewichen werden. Die Änderung muss durch den Leistungserbringer auf der Vorderseite des Verordnungsvordrucks im Feld „Heilmittel nach Maßgabe</p>

	<p>des Heilmittelkataloges“ mit Unterschrift, Datum und dem Kürzel „LE“ erfolgen.⁴</p> <p>Grundsätzlich entscheidet die Verordnerin oder der Verordner über die Therapiezeit (MLD-30, MLD-45 oder MLD-60). Sofern die Verordnerin oder der Verordner keine Entscheidung über die Therapiezeit trifft (MLD), ist die Angabe des Stadiums des Lymphödems oder des Stadiums des Lipödems in Form des ICD-10-Codes erforderlich. In diesen Fällen entscheidet die Therapeutin oder der Therapeut unter Beachtung der Angaben gemäß § 18 Abs. 2 Nr. 7 in den Buchstaben a bis c der HeilM-RL jeweils befundabhängig über die erforderliche Therapiezeit.</p> <p>Sofern ein Wechsel der Therapiezeit erfolgt, ist die geänderte Therapiezeit im Maßnahmenfeld anzugeben. Eine Begründung ist nicht erforderlich. Sollte es sich um einen Ausnahmefall (kurzfristig/vorübergehend) gemäß § 18 Abs. 2 Nr. 7 b Buchstabe cc. der HeilM-RL handeln, hat bei einem Wechsel der Therapiezeit von MLD-30 auf MLD-45 eine Begründung gemäß Erläuterungsfeld von g1) im Begründungsfeld zu erfolgen.</p> <p>Doppelbehandlung: Doppelbehandlungen können nur erbracht werden, wenn sie ärztlich verordnet sind. Änderungen können entweder arztseitig erfolgen mit erneuter ärztlicher Unterschrift und Datumsangabe, oder im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift erfolgen. Die Änderung bzw. Ergänzung muss durch den Leistungserbringer auf der Vorderseite des Verordnungsvordruck im Feld „Heilmittel nach Maßgabe des Heilmittelkataloges“ mit Unterschrift, Datum und dem Kürzel „LE“ erfolgen.</p> <p>Einzel- und Gruppenbehandlung: Eine Änderung von Einzel- auf Gruppentherapie ist laut HeilM-RL Vertragsärzte nach Zustimmung der oder des Versicherten und im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt möglich und vom Leistungserbringer auf der Rückseite der Verordnung an der dafür vorgesehenen Stelle zu dokumentieren.</p> <p>Eine Änderung und von Gruppen- auf Einzeltherapie ist nach HeilM-RL möglich und vom Leistungserbringer nach Information der Ärztin oder des Arztes auf der Rückseite der Verordnung an der dafür vorgesehenen Stelle zu dokumentieren und zu begründen.</p> <p>Nach Rücksprache mit dem Arzt</p> <p><input type="checkbox"/> Änderung von Einzel- in Gruppentherapie</p> <p><input type="checkbox"/> Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie</p>
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung der Abrechnung erfolgt sein.

⁴ Dieser Teil ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22-20 vom 08.03.2021 festgesetzt.

g2) Ergänzendes Heilmittel

Ergänzendes Heilmittel

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Optional kann die Ärztin oder der Arzt hier nach den Maßgaben des Heilmittelkatalogs ein mögliches ergänzendes Heilmittel verordnen.
Korrekturmöglichkeit	Eine unzulässige Kombination von vorrangigem und ergänzendem Heilmittel kann mit einer erneuten Arztunterschrift und Datumsangabe korrigiert werden. Dies gilt auch, wenn ein ergänzendes Heilmittel nachgetragen wird. Erfolgen die Korrektur oder der Nachtrag des ergänzenden Heilmittels nicht vor der Behandlung, wird das ergänzende Heilmittel nicht vergütet.
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung der Abrechnung erfolgt sein.

i) Therapiefrequenz

Therapiefrequenz

Nach Rücksprache mit dem Arzt
 Abweichung von der Frequenz

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Die Festlegung der Frequenz oder der Frequenzspanne der Behandlungseinheiten erfolgt symptom- und bedarfsorientiert gemäß der Vorgabe der Ärztin oder des Arztes.
Korrekturmöglichkeit	Sind auf der Verordnung keine Angaben zur Frequenz gemacht, ist die Frequenzempfehlung des Heilmittelkataloges verbindlich anzuwenden. In diesem Fall ist eine Korrektur und/oder Ergänzung nicht erforderlich. 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. Durch eine Änderung der Frequenz oder Frequenzspanne verändert sich die Gesamtanzahl der Behandlungseinheiten nicht.
Korrekturzeitpunkt	Die Korrektur muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgen.

j) Diagnosegruppe

Diagnosegruppe

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Es ist eine Diagnosegruppe gemäß Heilmittelkatalog der HeiIM-RL anzugeben.

Korrekturmöglichkeit	Die Diagnosegruppe kann nur arztseitig mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe ergänzt oder geändert werden. ⁵
Korrekturzeitpunkt	Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 5 möglich. ⁶

k) Behandlungsrelevante Diagnose (ICD 10 – Code)

Behandlungsrelevante Diagnose(n)	
ICD-10 - Code	

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Die Angabe der therapielevanten Diagnose muss in Form eines oder mehrerer ICD-10-Schlüssel und/oder als Klartext erfolgen. Der ICD-10-Klartext kann ergänzt oder durch einen Freitext ersetzt werden. Sofern die Diagnose in Form eines ICD-10-Codes und als Freitext angegeben wurde, gilt die Angabe des ICD-10-Codes als therapielevant.
Korrekturmöglichkeit	Fehlt die Angabe der Diagnose oder ist diese erkennbar nicht therapielevant, ist diese mit einer erneuten Arztunterschrift und Datumsangabe zu ergänzen oder zu korrigieren.
Korrekturzeitpunkt	Korrekturen müssen vor Beginn der Behandlung erfolgt sein.

⁵ Dieser Teil ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22-20 vom 08.03.2021 festgesetzt.

⁶ Dieser Teil ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22-20 vom 08.03.2021 festgesetzt.

l) Leitsymptomatik

Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog a b c patientenindividuelle Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Die Leitsymptomatik ist nach Heilmittelkatalog der HeilM- RL anzugeben. Diese ist entweder nach buchstabenkodierter Leitsymptomatik a), b), c) oder als Klartext anzugeben. Alternativ kann eine patientenindividuelle Leitsymptomatik, die für die Heilmittelbehandlung der oder des Versicherten handlungsleitend ist, als Freitext angegeben werden.
Korrekturmöglichkeit	Fehlt die Leitsymptomatik oder ist sie erkennbar falsch, kann sie im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift nachgetragen, ergänzt oder geändert werden. Die Änderung bzw. Ergänzung muss durch den Leistungserbringer auf der Vorderseite des Verordnungsvordrucks im Feld „Leitsymptomatik“ mit Unterschrift, und Datum und dem Kürzel „LE“ erfolgen.
Korrekturzeitpunkt	Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 5 möglich. ⁷

m) Ggf. Therapieziel/weitere med. Befunde und Hinweise

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Die Angabe eines Therapieziels ist nicht zwingend erforderlich. Soweit ärztlicherseits zusätzliche Angaben zu den wesentlichen Befunden, zu Vor- und Begleiterkrankungen gemacht wurden oder ergänzende Hinweise an den Leistungserbringer übermittelt werden sollen, können diese hier vermerkt werden. Die Ärztin oder der Arzt können hier den Ausschluss von telemedizinischen Leistungen vermerken.
Korrekturmöglichkeit	Sofern die Ärztin oder der Arzt telemedizinische Leistungen ausgeschlossen hat, kann die Änderung nur im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt ohne ihrer bzw. seiner erneuten Unterschrift erfolgen.
Korrekturzeitpunkt	Die Korrektur/Änderung bei Ausschluss von telemedizinischen Leistungen muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgen.

⁷ Dieser Teil ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22-20 vom 08.03.2021 festgesetzt.

n) Vertragsarztstempel und Arztunterschrift



Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Eine Verordnung ist nur gültig, wenn sie ärztlich unterschrieben und mit seinem Arztstempel versehen ist.
Korrekturmöglichkeit	Korrekturen und/oder Ergänzungen der Arztunterschrift und/oder des Arztstempels können ausschließlich ärztlicherseits erfolgen.
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen müssen vor Beginn der Behandlung erfolgt sein.

o) Bestätigungsfeld (Datum, Maßnahme, Leistungserbringer, Unterschrift der oder des Versicherten)

Empfangsbestätigung durch den Versicherten
Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

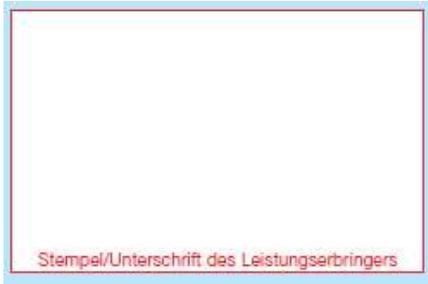
	Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1				
2				

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	<p>Die abgegebene Leistung sowie ein durchgeführter Hausbesuch sind vom Leistungserbringer auf der 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 Ordnungsblatt zu bestätigen.⁸</p> <p>Bei Leistungen der Manuellen Lymphdrainage ist zusätzlich die Therapiedauer je Sitzung der erbrachten Maßnahme anzugeben.⁹</p> <p>Bestätigungen im Voraus, Globalunterschriften sowie die Verwendung von Korrekturmitteln sind unzulässig.</p> <p>Für telemedizinische Leistung (Therapie per Video) ist am Behandlungstag in der jeweiligen Zeile im Feld „Unterschrift des Versicherten“ vom Leistungserbringer der Begriff „TM“ einzutragen.</p>

⁸ Dieser Teil ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE-22-20 vom 08.03.2021 umgesetzt.

⁹ Dieser Teil ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE-22-20 vom 08.03.2021 umgesetzt.

r) Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers



Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Durch Unterschrift und Praxisstempel ist vom Leistungserbringer bzw. einer oder einem von ihm beauftragten Mitarbeiterin oder Mitarbeiter die Richtigkeit der gemachten Angaben zu bestätigen.
Korrekturmöglichkeit	Korrekturen und/oder Ergänzungen des Stempels oder der Unterschrift sind auf der Rückseite der Verordnung vorzunehmen.
Korrekturzeitpunkt	Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 5 möglich. ¹²

¹² Dieser Satz ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22-20 vom 08.03.2021 festgesetzt.