

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 Stimm-, Sprech-, Sprach- und
Schlucktherapie und deren Vergütung vom 15.03.2021

Inhaltsverzeichnis

Ziel der Anlage	3
1. Formerfordernis – Verordnung nur auf vereinbarten Vordrucken	3
2. Formerfordernis – Bedruckung von Verordnungen durch die Ärztin oder den Arzt	3
3. Korrekturmöglichkeit – Form und Zeitpunkt	4
4. Verordnungsdaten	5
a) Personalienfeld	7
a1) Zuzahlungsfrei / Zuzahlungspflicht	8
a2) Unfallfolgen / BVG	9
b) Heilmittelbereich	9
c) Hausbesuch	10
d) Therapiebericht	10
e) Dringlicher Behandlungsbedarf	11
f) Behandlungseinheiten	11
g1) Heilmittel nach Maßgabe des Katalogs (inkl. h, ggf. ergänzende Angaben zum Heilmittel)	13
h) Ergänzende Angaben zum Heilmittel	15
i) Therapiefrequenz	15
j) Diagnosegruppe	16
k) Behandlungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)	17
l) Leitsymptomatik	17
m) Ggf. Therapieziel-/weitere med. Befunde und Hinweise	18
n) Vertragsarztstempel und Arztunterschrift	19
o) Bestätigungsfeld (Datum, Maßnahmen, Leistungserbringer, Unterschrift der oder des Versicherten)	20
p) Rechnungsdaten	21
q) Behandlungsgabbruch	22
r) Stempel / Unterschrift des Leistungserbringers	23

Ziel der Anlage

Die einheitlichen Regelungen zur Abrechnung der Heilmittelverordnungen legen insbesondere Korrekturmöglichkeiten, -form und -zeitpunkt der Verordnung durch den Leistungserbringer fest. Diese Anlage soll so dazu beitragen, dass Rechnungskürzungen und Nullretaxationen ganz vermieden werden, zumindest aber nur in berechtigten Fällen erfolgen.

Die Vertragspartner unterliegen dabei den Regelungen der Heilmittel-Richtlinie und deren Anlage 3, die die formalen Anforderungen einer möglichen Verordnungskorrektur beschreiben.

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 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte sowie Ärztinnen und Ärzte im Rahmen des Entlassmanagements umfasst.

1. Formerfordernis – Verordnung nur auf vereinbarten Vordrucken

Heilmittel dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 13 HeilM-RL 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. Über Änderungen der Heilmittel-Verordnungsvordrucke informiert der GKV-SV die Berufsverbände frühzeitig vor Inkrafttreten. Die Verwendung eines ordnungsgemäß ärztlich ausgestellten Verdopplungsdokumentes ist anstelle der Originalverordnung statthaft und bedarf keiner Begründung.

2. Formerfordernis – Bedruckung von Verordnungen durch die Ärztin oder den Arzt

Ein Vergütungsanspruch des zugelassenen Leistungserbringers gegenüber der Krankenkasse setzt voraus, dass die Heilmittelbehandlung auf der Grundlage einer gemäß § 16 Absatz 1 HeilM-RL ordnungsgemäßen vertragsärztlichen Verordnung durchgeführt wurde. Ist die Heilmittelverordnung nicht ordnungsgemäß ausgestellt ist der Behandlungsvertrag mit der Krankenkasse schwebend unwirksam. Die Behandlung kann jedoch begonnen werden, wenn nachfolgende Angaben auf der Verordnung enthalten sind:

- Angaben im Personalienfeld (ausgenommen Status und Betriebsstättennummer),
- Diagnosegruppe und
- Stempel oder Unterschrift der Ärztin oder des Arztes.

3. Korrekturmöglichkeit – Form und Zeitpunkt

- (1) Sind einzelne Verordnungen nicht vollständig oder erkennbar falsch bedruckt, kann der zugelassene Leistungserbringer diese bis zur Abrechnung in nachfolgend beschriebener Form korrigieren oder ergänzen oder eine ärztliche Ergänzung oder Korrektur anstoßen.
- (2) Soweit in Ziffer 4 Korrekturmöglichkeiten auch nach der Abrechnung eingeräumt werden, gilt folgendes Verfahren. Soweit in der Abrechnung durch die Krankenkasse auffällt, 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 / ergänzen. Vor Einreichung der nachträglichen Korrektur oder Ergänzung wägt der Leistungserbringer ab, ob dies wirtschaftlich sinnvoll ist; das Recht auf Nachforderung wird dadurch nicht berührt. 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 vom 3 Monaten) ein, bleibt die Absetzung bestehen, die Verordnung kann kein weiteres Mal zur Abrechnung eingereicht werden.
- (3) 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.
- (4) 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, dies gilt auch bei der Änderung des Ausstellungsdatums.
 - (4a) Anstelle der Originalverordnung kann auch ein ärztlich ausgestelltes Verordnungsduplikat abgerechnet werden, dabei ist es unschädlich, wenn das Duplikat von der Ärztin oder vom Arzt mit „Kopie“ bezeichnet wird. Ebenso kann eine Kopie der Verordnung als Korrektur zusammen mit der Originalverordnung zur Abrechnung eingereicht werden.
- (5) Eine Ergänzung/Korrektur der Verordnung ist per Fax zwischen Leistungserbringer und Ärztin oder Arzt möglich. Das Fax muss lesbar sein und ist der Abrechnung beizufügen.
- (6) 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 mit Datumsangabe neben der fehlenden oder falschen Angabe.

4. Verordnungsdaten

a) Personalienfeld

a1) Zuzahlungsfrei/Zuzahlungspflicht

a2) Unfallfolgen/BVG

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

j) Diagnosegruppe

g) Heilmittel gemäß dem Katalog h) Ergänzende Angaben zum Heilmittel

g1) Ergänzendes Heilmittel

d) Therapiebericht

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

Heilmittelverordnung 13

b) Heilmittelbereich

l) Leitsymptomatik

f) Behandlungseinheiten

c) Hausbesuch

i) Therapiefrequenz

e) Dringlicher Behandlungsbedarf

n) Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes

Abbildung 1 Druckbereich auf dem Verordnungsmuster (Muster 13) Vorderseite

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

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

IK des Leistungserbringers Belegnummer

Behandlungsabbruch

Nach Rücksprache mit dem Arzt
☐ Abweichung von der Frequenz
 Änderung in ☐ Gruppen-therapie ☐ Einzel-therapie

Begründung

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers

Abbildung 2 Druckbereich auf dem Verordnungsmuster (Muster13) Rückseite

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

p)
 Rechnungs-
 daten

q)
 Behandlungs-
 abbruch

r) Stempel/ Unterschrift
 des Leistungserbringers

Erläuterung zur Art der Angabe:

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 geb. am		
Unfall-folgen			
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	- 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	Fehlen • Angaben zur oder zum Versicherten (Name, Vorname, geb. am, Versicherten-Nr.), • Angaben zum Kostenträger (Krankenkasse, Kostenträgerkennung), • Angaben zur verordnenden Ärztin oder zum verordnenden Arzt (Arzt-Nr.) oder • das Ausstellungsdatum, kann die Behandlung nicht begonnen werden. Fehlende oder fehlerhafte Angaben zum Status sind vom Leistungserbringer nicht zu prüfen, eine Ergänzung oder Korrektur ist nicht erforderlich. Korrekturen können ausschließlich arztseitig mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe erfolgen, auch bei der Änderung des Ausstellungsdatum ist zusätzlich das Änderungsdatum anzugeben. In der Blankoformularbedruckung ist bei fehlerhaften/fehlenden Angaben zur oder zum Versicherten, zum Kostenträger und zur verordnenden Ärztin oder zum verordnenden Arzt eine nachträgliche Korrektur nicht möglich, es ist eine neue Verordnung auszudrucken. Eventuell fehlende Betriebsstättennummern im Versichertenfeld können vom zugelassenen Leistungserbringer für die Abrechnung aus dem Stempel der Ärztin oder des Arztes übernommen werden.
Korrekturzeitpunkt	Die Korrektur muss vor Einreichung der Verordnung zur Abrechnung erfolgen. Für das Feld „Betriebsstättennummer“ sind nachträgliche Korrekturen gemäß Ziffer 3 Absatz 2 möglich.

a1) Zuzahlungsfrei / Zuzahlungspflicht

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Durch Setzung eines Kreuzes gibt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt an, ob eine Zuzahlungsbefreiung bei der oder dem jeweiligen volljährigen Versicherten vorliegt.

Korrekturmöglichkeit	Auf den Einzug der Zuzahlung darf der zugelassene Leistungserbringer nur bei entsprechender Kennzeichnung auf der Verordnung oder bei Vorlage einer gültigen Befreiungsbescheinigung der zuständigen Krankenkasse verzichten. Das Feld „Zuzahlungsfrei“ muss im letzteren Falle nicht korrigiert werden. Bei mehrdeutigen Angaben (z.B. kein Kreuz gesetzt) gilt die oder der Versicherte bis zur Vorlage einer Befreiungsbescheinigung als gebührenpflichtig und die Gültigkeit der Verordnung wird hiervon im Übrigen nicht berührt.
Korrekturzeitpunkt	Keine Korrektur erforderlich.

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

b) Heilmittelbereich

☐
Physiotherapie

☐
Podologische Therapie

☐
Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

☐
Ergotherapie

☐
Ernährungstherapie

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Angabe des jeweiligen Heilmittelbereichs (hier Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie).

Korrekturmöglichkeit	Keine Korrektur erforderlich, aber Information an Ärztin oder Arzt.
----------------------	---

c) Hausbesuch

Hausbesuch ☐ ja ☐ nein

Art der Angabe	Konditionale Pflichtangabe
Erläuterung	Ein Hausbesuch kann nur abgerechnet werden, wenn das Feld „Ja“ angekreuzt ist.
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.

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 und die Abrechnung nicht möglich.
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.
Korrekturzeitpunkt	Die Korrektur muss vor Einreichung der Verordnung zur Abrechnung erfolgt sein.

e) Dringlicher Behandlungsbedarf

☐ **Dringlicher Behandlungsbedarf**
 innerhalb von 14 Tagen

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Ist das Feld dringlicher Behandlungsbedarf angekreuzt, muss die Behandlung innerhalb von 14 Kalendertagen nach dem Verordnungsdatum begonnen werden, in allen anderen Fällen spätestens nach 28 Kalendertagen.
Korrekturmöglichkeit	Wird der ärztlicherseits angegebene dringliche Behandlungsbedarf nicht beachtet, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Der dringliche Behandlungsbedarf kann innerhalb von 14 Kalendertagen nach der Ausstellung von der Ärztin oder vom Arzt mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe aufgehoben werden.
Korrekturzeitpunkt	Die Änderung muss innerhalb von 14 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung erfolgen.

f) Behandlungseinheiten

Behandlungseinheiten

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Die Behandlungsmenge darf die im Heilmittelkatalog angegebene oder nach § 7 Absatz 6 HeilM-RL Vertragsärzte 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 angegeben Verordnungsmenge nicht.

Korrekturmöglichkeit

- a) Fehlt die Angabe der Behandlungsmenge, ist diese von der Ärztin oder vom Arzt mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe zu ergänzen.
- b) Sofern auf der ärztlichen Verordnung die Verordnungshöchstmengen überschritten werden, kann der zugelassene Leistungserbringer maximal so viele Therapieeinheiten erbringen und abrechnen, wie sie nach der Heilmittel-Richtlinie zulässig sind. Dies stellt keinen Behandlungsabbruch oder vorzeitiges Behandlungsende dar. Die Ärztin oder der Arzt ist darüber zu informieren. Eine Änderung der Verordnung ist nicht erforderlich.
- c) Sofern auf der Verordnung die Verordnungsmenge auf verschiedene Heilmittel aufgeteilt wurde, kann hiervon dennoch nur nach Änderung mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe abgewichen werden.

Abweichend gilt für Versicherte mit langfristigem Heilmittelbedarf i.S. § 8 HeilM-RL oder besonderem Verordnungsbedarf nach § 106b (2) S. 4 SGB V:

Die verordneten Behandlungseinheiten müssen unter Berücksichtigung der verordneten Frequenz rechnerisch innerhalb von 12 Wochen geleistet werden können. Die darüber hinaus verordneten Behandlungseinheiten dürfen nicht abgegeben werden. Sofern eine Frequenzspanne auf der Verordnung angegeben wird, ist der höchste Wert für die Bemessung der maximalen Verordnungsmenge maßgeblich. Einer Korrektur der Verordnung bedarf es nicht. Kann die Frequenz eingehalten werden, dann endet die Behandlung nach 12 Wochen. Kann die Frequenz wegen begründeter Behandlungsunterbrechungen nicht eingehalten werden, endet die Behandlung gemäß § 7 Absatz 5 Satz 2 Vertrag nach 9 Monaten beziehungsweise mit der letzten Behandlungseinheit, die innerhalb von 12 Wochen hätte rechnerisch geleistet werden dürfen.

Korrekturzeitpunkt	Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 3 Absatz 2 möglich.
--------------------	---

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

Heilmittel nach Maßgabe des Katalogs

Heilmittel

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Das „Heilmittel“ setzt sich zusammen aus Art der Therapie, Therapiezeit und Einzel- oder Gruppentherapie. In der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie können verschiedene Behandlungszeiten oder Einzel- und Gruppenbehandlungen miteinander kombiniert werden. Die Heilmittel können Angaben zur Gruppenbehandlung sowie ergänzende Angaben zum Heilmittel wie z.B. „Doppelbehandlung“ enthalten. Die Angabe zum Heilmittel beinhaltet in der Stimm-, Sprech- Sprach- und Schlucktherapie auch die Regelbehandlungszeit in Minuten.

Korrekturmöglichkeit

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.

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

Therapieminuten

Sind keine Minutenangaben vorhanden, dann gelten 30 Minuten als verordnet.

Einzel- und Gruppenbehandlung:

Eine Änderung von Einzel- auf Gruppentherapie ist nach HeilM-RL Vertragsärzte im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt möglich, auch wenn sich dadurch die Therapieminuten ändern, und vom Leistungserbringer auf der Rückseite der Verordnung an der dafür vorgesehenen Stelle zu dokumentieren. Das Kreuz ist dafür ausreichend.

Eine Änderung von Gruppen- auf Einzeltherapie ist nach HeilM-RL Vertragsärzte möglich, auch wenn sich dadurch die Therapieminuten ändern, und vom Leistungserbringer nach Information der Ärztin oder des Arztes auf der Rückseite der Verordnung an der dafür vorgesehenen Stelle zu dokumentieren. Das Kreuz ist dafür ausreichend.

Nach Rücksprache mit dem Arzt

☐ Abweichung
von der Frequenz

Änderung in

☐ Gruppen-
therapie ☐ Einzel-
therapie

Kommt innerhalb einer laufenden Gruppentherapie durch Absage die Gruppe nicht zustande, dann kann die Therapie zur Sicherstellung der Versorgung als Einzeltherapie oder 2-er Gruppe fortgeführt werden, ohne dass es der Information des Arztes bedarf.

	Dasselbe gilt, wenn ein Wechsel zwischen Gruppen- und Einzeltherapie therapeutisch indiziert ist. In beiden Fällen auch, wenn sich dadurch die Therapieminuten ändern.
Korrekturzeitpunkt	Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 3 Absatz 2 möglich.

h) Ergänzende Angaben zum Heilmittel

Art der Angabe	<u>optional</u>
Erläuterung	Doppelbehandlungen können als ergänzende Angaben zum Heilmittel verordnet werden. Doppelbehandlungen können nur erbracht werden, wenn sie ärztlich verordnet sind.
Korrekturmöglichkeit	Änderungen von doppelter in einfache Behandlung sind nach Information an die Ärztin oder den Arzt möglich. Änderungen von einfacher in doppelte Behandlung sind nur im Einvernehmen mit der Ärztin/dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift möglich. Die Änderung oder Ergänzung muss durch den Leistungserbringer auf der Vorderseite des Verordnungsvordrucks im Feld „Heilmittel nach Maßgabe des Heilmittelkataloges“ mit dessen Unterschrift und Datumsangabe erfolgen.
Korrekturzeitpunkt	Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 3 Absatz 2 möglich.

i) Therapiefrequenz

**Therapie-
frequenz**

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	Änderungen der Frequenz oder Frequenzspanne sind im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt möglich und werden auf der Verordnung durch das Kreuz in dem dafür vorgesehenen Feld dokumentiert. Durch eine Änderung der Frequenz oder Frequenzspanne verändert sich die Gesamtanzahl der Behandlungseinheiten nicht. Fehlt eine Angabe zur Frequenz wird die im Heilmittelkatalog angegebene Frequenzempfehlung für den Therapeuten verbindlich.
Korrekturzeitpunkt	Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 3 Absatz 2 möglich.

j) Diagnosegruppe

Diagnose-
gruppe

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Es ist eine Diagnosegruppe gemäß Heilmittelkatalog (Vertragsärzte) anzugeben.
Korrekturmöglichkeit	Die Diagnosegruppe kann nur arztseitig mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe ergänzt oder geändert werden.
Korrekturzeitpunkt	Die Korrektur muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgt sein.

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

Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10 - Code	

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Auf der Verordnung muss mindestens eine Diagnose angegeben sein; die Angabe kann in Form eines ICD-10-Codes, als Klartext oder als Freitext erfolgen. Die Prüfpflicht des Therapeuten erstreckt sich nicht auf die inhaltliche Plausibilisierung der ärztlichen Diagnoseangabe.
Korrekturmöglichkeit	Ist die Diagnose weder als ICD-Code noch als Klartext oder Freitext vorhanden, dann ist diese mit einer erneuten Arztunterschrift und Datumsangabe zu ergänzen.
Korrekturzeitpunkt	Die Ergänzung der fehlenden Diagnose muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgt sein.

l) Leitsymptomatik

Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog	☐ a	☐ b	☐ c	patientenindividuelle Leitsymptomatik	☐
---	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--	--------------------------

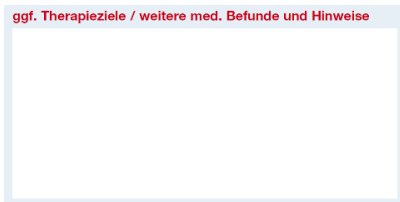
Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Die Leitsymptomatik ist nach Heilmittelkatalog (Vertragsärzte) 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 werden.
Korrekturzeitpunkt	Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 3 Absatz 2 möglich.

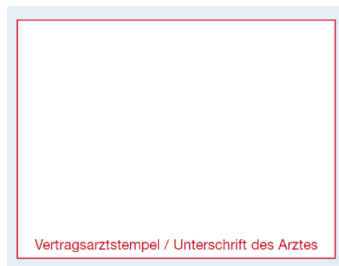
m) Ggf. Therapieziel- / weitere med. Befunde und Hinweise

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.
Korrekturmöglichkeit	Keine Korrektur erforderlich.

n) Vertragsarztstempel und Arztunterschrift



Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Eine Verordnung ist nur gültig, wenn sie ärztlich unterschrieben und mit seinem Arztstempel versehen ist. Dem Arztstempel steht der Aufdruck der Adressdaten der Arztpraxis gleich.
Korrekturmöglichkeit	Korrekturen oder Ergänzungen der Arztunterschrift und / oder des Arztstempels können ausschließlich ärztlicherseits erfolgen.
Korrekturzeitpunkt	Die Korrektur muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgt sein.

o) Bestätigungsfeld (Datum, Maßnahmen, 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. auch Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1			
2			

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Auf der Rückseite der Verordnung sind von der Leistungserbringerin bzw. vom Leistungserbringer am Tag der jeweiligen Leistungsabgabe: - Datum der Leistungsabgabe, - ggf. eine Bezeichnung oder ein Kürzel für die Diagnostik (z.B. „ED“ oder „BD“), - die Regelbehandlungszeit - ggf. durchgeführter Hausbesuch oder ein Kürzel für den Hausbesuch (z.B. „HB“) (spätestens ab dem 01.05.2027), - die Initialen des Leistungserbringers und - ggf. TML anzugeben und unmittelbar nach Erbringung der Leistung von der oder dem Versicherten durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Begründete Behandlungsunterbrechungen von über 14 Tagen sind unter Angabe der Kürzel FKT (Ferien / Urlaub; Krankheit; therapeutisch indizierte Unterbrechung) zu dokumentieren. Bei Doppelbehandlungen soll jede Behandlungseinheit einzeln dokumentiert und bestätigt werden, für eine Doppelbehandlung sind daher 2 Zeilen auszufüllen. Reichen die Zeilen des Verordnungsmusters nicht aus, ist zusätzlich ein Beiblatt anzufügen.

Korrekturmöglichkeit	Korrekturen oder Ergänzungen von Behandlungsdatum oder der oben genannten Leistungen 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. Fehlen die Kürzel (FKT), führt dies innerhalb der Laufzeit der Verordnung gemäß § 7 Absatz 5 nicht zu einer Absetzung oder zu einer Korrekturanforderung.
Korrekturzeitpunkt	Die Unterschrift der oder des Versicherten muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgt sein. Nachträgliche Korrekturen des Behandlungsdatums, der oben genannten Leistungen und der Initialen des Leistungserbringers sind gemäß Ziffer 3 Absatz 2 möglich.

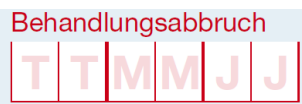
p) Rechnungsdaten

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers	
Rechnungsnummer	
IK des Leistungserbringers	Belegnummer

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Hier sind vom Leistungserbringer nach Beendigung der entsprechenden Verordnung die notwendigen Angaben zur Abrechnung der jeweiligen Verordnung einzutragen. Das IK des Leistungserbringers ist auf der Vorderseite der Verordnung nicht zwingend einzutragen. IK des Leistungserbringers

Korrekturmöglichkeit	Korrekturen oder Ergänzungen des IK des Leistungserbringers sind ausschließlich auf der Rückseite der Verordnung vorzunehmen.
Korrekturzeitpunkt	Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 3 Absatz 2 möglich.

q) Behandlungsabbruch



Art der Angabe	Konditionelle Pflichtangabe
Erläuterung	Wird die Behandlung vor Erreichen der verordneten Behandlungsmenge abgebrochen (vgl. § 3 Absatz 8), ist dies mit dem Datum des Behandlungsabbruches zu vermerken. Im Feld „Begründung“ ist der Grund anzugeben, warum die Behandlung nicht bis zum Erreichen der verordneten Behandlungsmenge durchgeführt wurde. Bei vorzeitigem Behandlungsende (vgl. § 7 Absatz 2) ist dieses Feld nicht zu füllen.
Korrekturmöglichkeit	Entfällt.
Korrekturzeitpunkt	Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 3 Absatz 2 möglich.

r) Stempel / Unterschrift des Leistungserbringers

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Die Richtigkeit der gemachten Angaben ist seitens des zugelassenen Leistungserbringers durch die Unterschrift eines Unterschriftsberechtigten zu bestätigen.
Korrekturmöglichkeit	Korrekturen oder Ergänzungen der Unterschrift sind auf der Rückseite der Verordnung vorzunehmen.
Korrekturzeitpunkt	Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 3 Absatz 2 möglich.