

**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 14.12.2020**

## Inhalt

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 .....	6
a) Personalienfeld .....	8
a1) Zuzahlungsfrei/Zuzahlungspflicht .....	9
a2) Unfallfolgen/BVG .....	10
b) Heilmittelbereich .....	10
c) Hausbesuch .....	10
d) Therapiebericht .....	11
e) Dringlicher Behandlungsbedarf .....	11
f) Behandlungseinheiten .....	12
g1) Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges (inkl. h, ggf. ergänzende Angaben zum Heilmittel) .....	13
h) ergänzende Angaben zum Heilmittel .....	15
i) Therapiefrequenz .....	15
j) Diagnosegruppe .....	16
k) Behandlungsrelevante Diagnose (ICD 10 – Code) .....	16
l) Leitsymptomatik .....	17
m) Ggf. Therapieziel/weitere med. Befunde und Hinweise .....	17
n) Vertragsarztstempel und Arztunterschrift .....	18
o) Bestätigungsfeld (Datum, Maßnahme, Leistungserbringer, Unterschrift der oder des Versicherten) .....	18
p) Rechnungsdaten .....	19
q) Behandlungsabbruch .....	20
r) Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers .....	21

## 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.

**Kommentiert [DR1]:** Die Heilmittel-Richtlinie trifft keine Aussage darüber, wann eine **Verordnung** gültig ist. Sie sieht nur vor, wann sie **die Gültigkeit verliert**. Zudem definiert sie keinen Zeitpunkt, zu dem eine Verordnung korrigiert/geändert/ergänzt werden muss.

### 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.

### 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 Personalfeld (ausgenommen Status und Betriebsstättennummer),
- Diagnosegruppe und
- Stempel oder Unterschrift der Ärztin oder des Arztes.

**Kommentiert [DR2]:** WICHTIG: OHNE diese Angaben „...ist es keine Verordnung, sondern nur ein Blatt Papier.“ (Zitat GKV-SV)

**Kommentiert [DR3]:** Krankenkasse, Name und Geburtsdatum Pat., Ausstellungsdatum; Versichertennummer

**Kommentiert [DR4]:** Diagnosegruppe – früher Indikationschlüsse:  
ST 1-4, SP 1-6, RE 1-2, SC  
Hier unabhängig davon, ob diese sich aus logopädischer Sicht als zutreffend oder nicht zutreffend herausstellt.

### 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 bzw. ergänzen oder eine ärztliche Ergänzung/Korrektur anstoßen.
- (2) Soweit in Ziffer 5 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. 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 in der Folge die nach dem vorstehenden Satz 3 vollständig ergänzte bzw. korrigierte Kopie der Originalverordnung zurück, entsteht eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 40 €. 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.

**Kommentiert [DR5]:** Die Bearbeitungsgebühr lehnt sich in der Höhe an die Verzugspauschale nach BGB § 288 an. Sie gilt beiderseitig: Setzt die KK unrechtmäßig ab, kann die Praxisinhaberin diese genauso in Rechnung stellen.

**ACHTUNG!** Sofern die Praxisinhaberin einen Abrechnungsdienstleister beauftragt hat, kann die Verzugspauschale NICHT abgerechnet werden!

- (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.
- (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.

**Kommentiert [DR6]:** Vorgabe der neuen Heilmittelrichtlinie: Datum und Unterschrift

**Kommentiert [DR7]:** Zusatzaufwand: Unterschrift und Datumsangabe der Leistungserbringenden wird lt. Anlage 3 Heilmittelrichtlinie NICHT gefordert und auch unsinnig, da diese jederzeit modifiziert werden kann – muss in jedem Fall raus, kostet nur Platz auf der kleinen VO. Hier müsste ausschließlich der Begriff Namenskürzel hin.

#### 4. Verordnungsdaten

Die unten beschriebenen Hinweise beziehen sich auf die Angaben im Verordnungsvordruck Muster 13

**a) Personalienfeld**

**a1) Zuzahlungsfrei, - Zuzahlungspflichtig**

**a2) Unfallfolgen/BVG**

**b) Heilmittelbereich**

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

**l) Leitsymptomatik**

**j) Diagnosegruppe**

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

**f) Behandlungseinheiten**

**g1) Ergänzendes Heilmittel**

**c) Hausbesuch**

**i) Therapiefrequenz**

**d) Therapiebericht**

**e) Dringlicher Behandlungsbedarf**

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

**n) Vertragsarztstempel/Unterschrift der Ärztin/Arztes**

**Heilmittelverordnung 13**

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

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

Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10 - Code

Diagnosegruppe, Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog, Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben), a, b, c, patientenindividuelle Leitsymptomatik

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

**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			

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

**p)** Rech-  
 nungsdaten

**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

**r)** Stempel/Unter-  
 schrift des Leistungs-  
 erbringers

**q)** Behandlungsab-  
 bruch

**Abbildung 2** Druckbereich auf dem Verordnungsmuster (Muster 13) Rückseite

### 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angaben zur oder zum Versicherten (Name, Vorname, geb. am, Versicherten-Nr., Status)</li> <li>• Angaben zum Kostenträger (Krankenkasse, Kostenträgerkennung)</li> <li>• Angaben zur verordnenden Ärztin oder zum verordnenden Arzt (Arzt-Nr., Betriebsstättennummer)</li> <li>• Ausstellungsdatum</li> </ul>
Korrekturmöglichkeit	<p><b>Fehlen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angaben zur oder zum Versicherten (Name, Vorname, geb. am, Versicherten-Nr.),</li> <li>• Angaben zum Kostenträger (Krankenkasse, Kostenträgerkennung),</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angaben zur verordnenden Ärztin oder zum verordnenden Arzt (Arzt-Nr.) oder</li> <li>• das Ausstellungsdatum,</li> </ul> <p>kann die Behandlung nicht begonnen werden.</p> <p>Korrekturen können ausschließlich arztseitig mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe erfolgen. 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.</p>
Korrekturzeitpunkt	<p>Die Korrektur muss vor Einreichung der Verordnung zur Abrechnung erfolgen.</p> <p>Für die Felder „Status“ und „Betriebsstättennummer“ sind nachträgliche Korrekturen gemäß Ziffer 3 Absatz 2 möglich. Eventuell fehlende Betriebsstättennummern im Versichertenfeld können vom zugelassenen Leistungserbringer für die Abrechnung aus dem Stempel der Ärztin oder des Arztes übernommen werden.</p>

**Kommentiert [DR8]:** Eine Korrektur ist bei falschen Angaben ist vor der Abrechnung möglich.

**Bitte beachten: Fehlen essentielle Angaben**

- Angaben zur oder zum Versicherten (Name, Vorname, geb. am, Versicherten-Nr.),
- Angaben zum Kostenträger (Krankenkasse, Kostenträgererkennung),
- Angaben zur verordnenden Ärztin oder zum verordnenden Arzt (Arzt-Nr.) oder
- das Ausstellungsdatum,

kann die Behandlung NICHT begonnen werden.

In diesem Fall ist eine Ergänzung VOR Behandlungsbeginn erforderlich!!!

**Kommentiert [DR9]:** Das sind die zweiseitigen Vordrucke, die in der Arztpraxis auf das besondere rosa Papier mit Wasserzeichen gedruckt werden.

**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 Einverständnis mit der Ärztin oder dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift nachträglich korrigieren.
Korrekturzeitpunkt	Die Korrektur muss vor Einreichung der Verordnung zur Abrechnung erfolgt sein.

**Kommentiert [DR10]:**  
Einzige Möglichkeit, eine bezahlte Position ohne Arztunterschrift zu ändern

#### 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

	<b>Gültigkeit.</b> 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	Fehlt die Angabe der Behandlungsmenge, ist diese von der Ärztin oder vom Arzt mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe zu ergänzen.  Sofern auf der Verordnung die Verordnungsmenge auf verschiedene Heilmittel aufgeteilt wurde, kann hiervon dennoch nur nach Änderung mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe abgewichen werden.  <b>Sofern auf der Verordnung die Verordnungshöchstmengen überschritten werden, kann der Leistungserbringer maximal so viele Therapieeinheiten erbringen und abrechnen, wie sie nach der HeilM-RL Vertragsärzte zuläs-</b>

sig sind. Die Ärztin oder der Arzt ist darüber zu informieren. Eine Änderung der Verordnung ist nicht erforderlich.

**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.

Korrekturmöglichkeit

Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 3 Absatz 2 möglich.

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

**Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges**  
Heilmittel

---



---



---

Art der Angabe

Pflichtangabe

Erläuterung

Das „Heilmittel“ setzt sich zusammen aus Art der Therapie, Therapiezeit und Einzel- oder Gruppentherapie.

**Kommentiert [DR11]:** Hier muss es korrekt: Korrekturzeitpunkt heißen.

Ziffer 3 (2) Soweit in Ziffer 5 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. 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 in der Folge die nach dem vorstehenden Satz 3 vollständig ergänzte bzw. korrigierte Kopie der Originalverordnung zurück, entsteht eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 40 €. 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.

**Kommentiert [DR12]:** Als Beispiel  
Sprech- und Sprachtherapie -30  
Sprech- und Sprachtherapie -45  
Sprech- und Sprachtherapie -60  
Sprech- und Sprachtherapie - Gruppe-45  
Sprech- und Sprachtherapie - Gruppe-90

In der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie können verschiedene Behandlungszeiten oder Einzel- und Gruppenbehandlungen miteinander kombiniert werden.

**Kommentiert [DR13]:** Beispiel:  
Sprech- und Sprachtherapie 30 UND  
Sprech- und Sprachtherapie – 60  
UND Sprech- und Sprachtherapie – Gruppe 45

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 Regelbehandlungzeit 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.

**Kommentiert [DR14]:** Eine fehlende Minutenanzahl kann aufgrund der neuen Art des Heilmittels (Beispiel: Stimmtherapie, Zeit 45 Min., Einzeltherapie) nur bei händischer Eintragung im Rahmen eines Hausbesuchs passieren.

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.

**Kommentiert [DR15]:** Rücksprache mit Arztpraxis

Eine Änderung von Gruppen- auf Einzeltherapie ist nach HeilM-RL Vertragsärzte möglich, auch wenn sich dadurch die Therapieminuten ändern, und vom Leistungserbringer

	<p>nach <b>Information</b> der Ärztin oder des Arztes auf der Rückseite der Verordnung an der dafür vorgesehenen Stelle zu dokumentieren. Das Kreuz ist dafür ausreichend.</p> <p>Nach Rücksprache mit dem Arzt</p> <p>Änderung in  <input type="checkbox"/> Gruppen-therapie <input type="checkbox"/> Einzel-therapie</p> <p>Kommt die Gruppentherapie durch <b>Absage eines Gruppenteilnehmers</b> nicht zustande, dann kann die Therapie zur Sicherstellung der Versorgung als Einzeltherapie oder 2-er Gruppe durchgeführt werden, <b>ohne</b> dass es der <b>Information</b> des Arztes bedarf. Dasselbe gilt, wenn ein Wechsel zwischen Gruppen- und Einzeltherapie <b>therapeutisch indiziert</b> ist. <b>In beiden Fällen auch, wenn sich dadurch die Therapieminuten ändern.</b></p>
Korrekturzeitpunkt	Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 3 Absatz 2 möglich.

**Kommentiert [DR16]:** Absage und therapeutisch indizierter Wechsel ist in der Heilmittel-RL nicht vorgesehen. Kreuz muss zur Abrechnung dennoch gesetzt werden, keine Info an den Arzt erforderlich.

**Kommentiert [DR17]:** Ziffer 3 (2) auf Seite 13

**h) ergänzende Angaben zum Heilmittel**

Art der Angabe	<u>optional</u>
Erläuterung	Doppelbehandlungen können als ergänzende Angaben zum Heilmittel verordnet werden.  <b>Doppelbehandlungen können nur erbracht werden, wenn sie ärztlich verordnet sind.</b>
Korrekturmöglichkeit	Änderungen sind nur im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift möglich.
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 <b>der Vorgabe der Ärztin oder des Arztes.</b>
Korrekturmöglichkeit	<b>Änderungen</b> der Frequenz oder Frequenzspanne sind <b>im Einvernehmen</b> 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.
Korrekturzeitpunkt	Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 3 Absatz 2 <b>möglich.</b>

**Kommentiert [DR18]:** Ziffer 3 (2) auf Seite 13

**j) Diagnosegruppe**

**Diagnosegruppe**

**Kommentiert [DR19]:** Früher hieß das Indikationsschlüssel; nach neuer Heilmittelrichtlinie nun Diagnosegruppe

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

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

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.



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 Korrektur 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.

Kommentiert [DR20]: Ziffer 3 (2) auf Seite 13

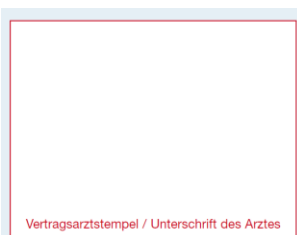
### m) Ggf. Therapieziel/weitere med. Befunde und Hinweise

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 <b>vor Einreichung der Abrechnung</b> 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. auch Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1			
2			

Art der Angabe	Pflichtangabe
----------------	---------------



Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	<p>Hier sind vom Leistungserbringer nach Beendigung der entsprechenden Verordnung die notwendigen Angaben zur Abrechnung der jeweiligen Verordnung einzutragen.</p> <p>Das IK des Leistungserbringers ist auf der Vorderseite der Verordnung nicht zwingend einzutragen.</p> <p>IK des Leistungserbringers <input type="text"/></p>
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.

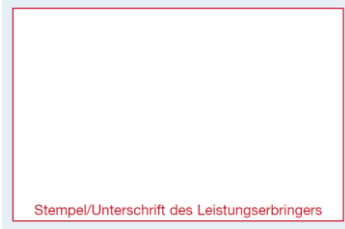
Kommentiert [DR23]: Ziffer 3 (2) auf Seite 13

#### q) Behandlungsabbruch

Behandlungsabbruch  
T T M M J J

Art der Angabe	Konditionelle Pflichtangabe
Erläuterung	Wird die Behandlung vor Erreichen der verordneten Behandlungsmenge abgebrochen, 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.
Korrekturmöglichkeit	Entfällt.
Korrekturzeitpunkt	Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 3 Absatz 2 möglich.

**r) 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.

**Kommentiert [DR24]:** Ziffer 3 (2) auf Seite 13